



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

KELLINSON CAMPOS CATUNDA

**“E PARA CUIDAR PRECISA DE MODELO?” O CUIDADO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE E A INTERFACE COM O MODELO DE ATENÇÃO**

FORTALEZA –CEARÁ

2018

KELLINSON CAMPOS CATUNDA

“E PARA CUIDAR PRECISA DE MODELO?” AÇÕES E ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE E A INTERFACE COM O MODELO DE ATENÇÃO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Planejamento, Política, Gestão em Saúde e Humanidades.

Orientadora: Profa. Dra. Lucia Conde de Oliveira.

FORTALEZA- CEARÁ

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Catunda, Kellinson Campos.

?E para cuidar precisa de modelo?? o cuidado na atenção primária à saúde e a interface com o modelo de atenção [recurso eletrônico] / Kellinson Campos Catunda. ? 2018.

1 CD-ROM: il.; 4 ? pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 116 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) ? Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2018.

área de concentração: Planejamento, Política, Gestão em Saúde e Humanidades.

Orientação: Prof.ª Dra. Lucia Conde de Oliveira.

1. Sistema Único de Saúde.. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Assistência à Saúde. 4. Cuidado em Saúde. I. Título.

KELLINSON CAMPOS CATUNDA

“E PARA CUIDAR PRECISA DE MODELO?” AÇÕES E ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE E A INTERFACE COM O MODELO DE ATENÇÃO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Planejamento, Política, Gestão em Saúde e Humanidades.

Aprovada em: 12 de dezembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Lucia Conde de Oliveira (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof. Dr. Carmen Fontes de Souza Teixeira
Universidade Federal da Bahia- UFBA



Prof.ª Dr.ª Maria Rocineide Ferreira da Silva
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Primeiramente, ninguém solta a mão de ninguém!

A minha mãe, por ser presença constante em minha vida.

Ao meu pai, por ser a estrela que não deixa meus caminhos encontrarem a escuridão.

AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos, Jefferson, Robson e Anderson, por me amarem mesmo de longe.

Aos meus sobrinhos, Thiago, Bruno e Julia, por me fazerem uma tia coruja e orgulhosa.

Ao grande amor da minha vida, minha irmã. Maryson sem você, a minha vida não teria sentido algum.

Ao Nick e a Nina, incansáveis companheiros durante esse processo de escrita. Alguns latidos foram inspiradores. Eles também lutam pelo SUS.

A todos os trabalhadores e usuários do Centro de Saúde da Família Dr. Grijalba Mendes Carneiro, por terem me acolhido e me ensinado sobre a essência do processo do mestrado.

À professora Lucia Conde de Oliveira, por ser uma fonte de inspiração, por além de orientadora, ser uma grande companheira. Por ficar feliz com as minhas conquistas.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, seus trabalhadores (Gabriela e Marnessa) e ao corpo docente.

À gigante turma 2017.1 do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, por compartilhar inúmeros momentos durante todo esse processo.

Ao grupo de pesquisa do Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social, pelo acolhimento. Por ser um espaço singular de aprendizado.

Aos colegas do NASF, Karine, Eduarda, Rogério, Kadu, Marcia, Angela, Conceição, Dani, Sabrina, Leon, Débora, pelas dores e alegrias que vivemos juntos.

A Ingrid, Neires e Fátima Café, por sempre acreditarem no meu potencial.

A Carol Mont'Alverne, por ser um presente de Deus. Por saber que posso contar. Por ser a amiga e psicóloga que eu precisava ter.

A Aline e Jordana, pelas nossas risadas, nossos encontros, nossos desesperos. Esse processo não teria sido tão feliz sem vocês duas. #críticaeautocrítica

A professora Rocineide, por ser tão meiga e carinhosa em suas palavras de apoio.

À Fundação Cearense de Apoio de Pessoal ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), agência financiadora que tornou possível a realização deste trabalho

RESUMO

Os modelos de atenção à saúde no Brasil norteiam as ações de cuidado com os usuários dos serviços de saúde. Estas ações estão cada vez mais especializadas, vinculadas ao modelo biomédico hegemônico, em que o ato de cuidar busca diagnósticos, prevenção e tratamento de doenças. Contudo, percebe-se transformações nos modos de cuidar. O cuidado também configura-se como algo além do saber técnico, incorpora elementos de responsabilidade, vínculo e acolhimento. Diante disso, tem-se como objetivo geral analisar o cuidado desenvolvido na Atenção Primária à Saúde e sua interface com o modelo de atenção adotado por um município de médio porte no Nordeste do Brasil. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa. Primeiramente, a construção das informações se deu por meio de uma revisão integrativa que abordou as mudanças atribuídas ao modelo de atenção, sobretudo a Estratégia Saúde da Família. Em seguida a pesquisa de campo que foi realizada durante os meses de março a junho de 2018, por meio de entrevistas semiestruturadas com 15 trabalhadores e 15 usuários. Totalizando 30 participantes. Foram três semanas, exclusivas, destinadas a observação participante, durante os turnos da manhã, tarde e noite. Somando, aproximadamente, 110h. As informações produzidas foram analisadas a partir da Hermenêutica de Gadamer. Os resultados da revisão mostraram que o caráter substitutivo da ESF, ainda é incipiente no país. As mudanças mais significativas, desencadeadas pela ESF, contemplam a dimensão técnico-assistencial e os limites mais evidentes situam-se no plano gerencial. Quanto ao modelo de atenção do município, onde foi realizado o estudo apontam que a Estratégia Saúde da Família norteia as ações de produção, coordenação e gestão do cuidado no município, ainda que existam outras propostas de organização implantadas para reorganizar os atendimentos das condições crônicas, como o Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Fragilidades no método da roda, nos processos formativos, nos vínculos empregatícios e na permanência de condutas arraigadas ao modelo biomédico são alguns desafios que ainda precisam ser superados. A concepção de cuidado apresenta várias dimensões. É relacionada tanto ao saber técnico, dos procedimentos e da busca por diagnósticos com a um dispositivo de vínculo, autonomia e acolhimento. Destaca-se, ainda, a forte influência do modelo médico-assistencial hospitalocêntrico.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Assistência à Saúde. Cuidado em Saúde.

ABSTRACT

The context of the organization of health care models in Brazil guides patient care actions, which are increasingly specialized, linked to the hegemonic biomedical model, in which the act of caring seeks diagnosis, prevention and treatment of diseases. However, changes in the way of caring are perceived. Care also shapes itself as something beyond technical knowledge, incorporating elements of responsibility, bonding and acceptance. Aiming at this, we aim to analyze the care developed in the actions and strategies of Primary Health Care in a medium-sized municipality in the Northeast of Brazil. This is a research with a qualitative approach. First, the construction of the information took place through an integrative review that addressed the changes attributed to the care model, especially the Family Health Strategy. Following the field research that was carried out during the months of March to June of 2018, through semi-structured interviews with 15 workers and 15 users. Totaling 30 participants. It was three weeks, exclusive, for participant observation, during the morning, afternoon and evening shifts. Adding approximately 110h. The information produced was analyzed from the Hermeneutics of Gadamer. The results of the review showed that the substitutive character of the ESF is still incipient in the country. The most significant changes, triggered by the FHS, include the technical-assistance dimension and the most evident limits are in the management plan. Regarding the model of care of the municipality, where the study was carried out, it is pointed out that the Family Health Strategy guides the actions of production, coordination and management of care in the municipality, although there are other proposals of organization implemented to reorganize the attendance of the chronic conditions, as the Model of Attention to Chronic Conditions. Fragility in the wheel method, in the training processes, in the employment links and in the permanence of behaviors rooted in the biomedical model are some challenges that still need to be overcome. The conception of care has several dimensions. It is related both to technical knowledge, procedures and the search for diagnoses with a device of bond, autonomy and acceptance. There is also a strong hospital-centered medical-assistance influence.

Keywords: Unified Health System. Primary Health Care. Health Care. Health Care. Hermeneutics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Sujeitos, objetos e seus lugares	24
Figura 2 - Divisão dos Territórios adscritos da ESF de Sobral em Macroáreas	29
Figura 3 - Etapas de interpretação dos discursos.....	33
Figura 4 - Primeiros passos de minha caminhada.....	36
Figura 5 - Entrada do CSF-Coelce.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Divisão por microáreas, número de famílias e usuários	37
Tabela 2 - Quantidade de funcionários ativos, função e vínculo empregatício. CSF- Coelce/2018	38

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CE	Estado do Ceará
CSF	Centro de saúde da Família
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
GO	Grupo Operativo
INTA	Instituto de Teologia Aplicada
LASSOSS	Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MPR	Modelo da Pirâmide de Riscos
NASF	Núcleo de Apoio à saúde da Família
PPSAC	Programa De Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PSF	Programa Saúde da Família
OPS	Organização Panamericana da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAME	Serviço de Arquivamento Médico e Estatística
SMSS	Secretaria Municipal de Saúde de Sobral
SUS	Sistema Único de Saúde
TL	Tecnologia Leve
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFBA	Universidade Federal da Bahia
VISAU	Modelo de Vigilância à Saúde

SUMÁRIO

1	O ENCONTRO ENTRE O PESQUISADOR E O OBJETO	13
1.1	APROXIMAÇÃO COM O TEMA	13
1.2	DELIMITAÇÃO DO OBJETO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	20
2.1	MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE	20
2.2	CUIDADO	22
2.3	CAMINHOS DA PESQUISA	25
2.3.1	A hermenêutica	25
2.3.2	Tipo de Estudo	27
2.3.3	Cenário da Pesquisa	28
2.3.4	Participantes da Pesquisa	29
2.3.5	Produção das Informações Empíricas	30
2.3.6	Plano de Análise	32
2.3.7	Aspectos Éticos	34
3	O REENCONTRO COM CENÁRIO DA PESQUISA	35
3.1	O CSF COELCE, UM SUS CONHECIDO E UM LUGAR NÃO VIVENCIADO	36
4	MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE: mudanças, conceitos e desafios.	43
5	O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO: um olhar para as dimensões gerencial e organizativa	58
6	A MULTIDIMENSIONALIDADE DO CUIDADO: concepções de trabalhadores e usuários do SUS	79
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
	REFERÊNCIAS	98
	APÊNDICES	107
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	108
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM TRABALHADORES DA APS	109
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS	110
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	111
	ANEXOS	112
	ANEXO A - PARECER FAVORÁVEL DO CEP/UECE	113

ANEXO B – ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO PARA REALIZAÇÃO DA	
PESQUISA	115

1 O ENCONTRO ENTRE O PESQUISADOR E O OBJETO

1.1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA

O interesse em pesquisar sobre modelos de atenção a saúde e sua interface com a produção do cuidado em saúde foi concebido durante um longo caminho de reflexões, práticas de trabalho e inquietações que me aproximaram da temática. Durante minha graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade de Fortaleza a matriz curricular não incluía discussões acerca Sistema Único de Saúde (SUS), apenas a disciplina de Saúde Comunitária, minimamente, abordava questões sobre saúde da família. Nesse período, meu interesse foi para a área clínica, reabilitação motora, principalmente.

Em 2010, fui aprovada no concurso público no município de Caucaia-CE. Ainda que por trancos e barrancos, meu encontro intercessor com SUS se deu nesse momento. Sequer imaginava que o SUS, iria compor o meu campo, ou melhor, meu universo de práticas. Digo universo pela sua imensidão, por se ter muito a descobrir, aprender e transformar.

Trabalhei por um ano no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), nesse período, conheci a portaria GM nº154/2008 que regulamenta a criação desses núcleos. Confesso que estava muito distante de compreender a complexidade dessa atividade, entender a lógica de profissionais especialistas atuando em Postos de Saúde, sem estrutura física, sem salas ou locais apropriados. Vale ressaltar que a portaria era de 2008, e o início do meu trabalho se deu em 2010, a apenas dois anos de NASF no município. Ainda se fazia muita confusão sobre o papel desses profissionais. Foi um ano repleto de desafios e aprendizado.

Então, em 2011 a família resolve mudar para o interior e mesmo tendo que sair de um emprego seguro e estável, achei que a decisão mais certa seria acompanhá-los. Mudamos para Sobral-CE, e por conspiração do Universo, fui selecionada para trabalhar no NASF novamente. Enquanto nasfiana, nome dado aos profissionais do NASF, trabalhei durante cinco anos (2011-2016). A experiência nesse período me possibilitou conhecer as ações dos trabalhadores do SUS, a atuação multi e interprofissional, o funcionamento dos serviços de saúde na lógica da integralidade. O município de Sobral tornou-se referência para o estado desde a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no ano de 1992. A partir de 1997, com a nova administração pública, foram feitas transformações no sistema de saúde, com destaque para a incorporação do Programa de Saúde da Família como modelo de atenção. Tais mudanças fortaleceram a atenção básica e criaram um sistema de

referência e contra-referência valorizando os princípios de hierarquização da rede (ANDRADE et al, 2004).

Tive oportunidade de atuar tanto na Atenção Primária a Saúde (APS) quanto na Secundária. Trabalhei 20h no Centro de Reabilitação de Sobral, mas o encanto foi maior pela APS. Nessa imersão, pude realizar pesquisas e produzir conhecimento, criar vínculo com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com os usuários e com o território vivo no qual estávamos inseridos. Fui, naturalmente, sensibilizada a buscar outras fontes de conhecimento para que eu pudesse transformar a minha prática de trabalho. As rodas de cogestão que aconteciam semanalmente nos Centros de Saúde da Família (CSF), as rodas de categoria e equipe, além dos momentos de Educação Permanente foram fundamentais para enriquecer o meu conhecimento. Esses momentos denominados de “rodas” eram orientados pelo Método da Roda, modelo adotado pela Secretária de Saúde do Município para a co-gestão de coletivos.

Em 2014, terminei a especialização em Saúde da Família no Instituto de Teologia Aplicada (INTA) em Sobral, despertando meu interesse para ingressar no mestrado. Meu desejo seria em um programa de Saúde Coletiva, primeiramente, pela proximidade com minha prática de trabalho e também por ser transversal a todas as categorias profissionais. Em 2017, consegui ingressar no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Desse modo abro esse novo ciclo com um grande desejo de aprender, de alçar novos voos, de compartilhar vivências e de construir um conhecimento solidário e coletivo. Portanto, o objeto de estudo dessa pesquisa foi concebido por construções dialógicas, participativas e colaborativas, as quais propiciaram o encontro de nossas aspirações (minhas e da minha orientadora) enquanto pesquisadoras, e que foram representativas com toda a trajetória aqui descrita.

1.2 DELIMITAÇÃO DO OBJETO

Este estudo partiu de experiências de trabalho vivenciadas durante o tempo de atuação no NASF. As principais inquietações surgiram em decorrência de processos de qualificação de equipes de saúde de atenção primária para a implantação de mudanças nos processos de trabalho com vistas à organização dos atendimentos de usuários com condições crônicas, da demanda espontânea e do acolhimento.

Assim, tendo exposto a motivação inicial tentaremos aproximar os leitores de como foi a construção deste objeto. Diante mão, deixamos claro que concordamos com a

advertência de Deslandes (2000), ao dizer que delimitar e construir o objeto de estudo não é uma tarefa das mais fáceis. E realmente, não foi.

O objeto desse estudo integra a seara das práticas de saúde, tendo por base as ações de cuidado da APS/ESF e a interface destas com o modelo de atenção à saúde em um município brasileiro de médio porte. Compreendemos que essa temática se estrutura em um cenário que operam tanto convergências e conformidades, quanto conflitos e dissonâncias.

Desse modo, contextualizamos nossas inquietações. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem sendo desenhada como uma das maiores de mudanças do modelo de atenção, na medida em que se imbrigue com transformações na organização da atenção de média e alta complexidade impulsionadas por políticas de regulação e controle (TEIXEIRA, 2006).

No Ceará, sobretudo no interior do estado, as experiências com o PSF ocorreram anteriormente à sua adoção pelo Ministério da Saúde (ESMERALDO, OLIVEIRA, 2012). Em Sobral, as discussões acerca do programa iniciaram-se em abril de 1997 durante o Seminário de Planejamento Estratégico, no qual foram definidos os objetivos para a organização do Sistema Municipal de Saúde: I) Inversão do modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico, então vigente, para um modelo baseado na atenção integral à saúde; II) Utilização da estratégia de promoção da saúde no novo modelo, articulando ações intersetoriais e privilegiando a atenção primária de saúde; III) Adoção dos princípios doutrinários do SUS estabelecidos na Constituição Brasileira de 1988; IV) Estruturação dos serviços de APS com base na ESF (ANDRADE et al, 2004).

A intenção da gestão era possibilitar que as ações da APS promovessem uma melhor qualidade de atendimento e contemplassem as principais demandas da população usuária, no caso, desnutrição, mortalidade infantil, doenças infectocontagiosas. Desse modo, o PSF tornou-se a estratégia estruturante da APS em Sobral. Foram criadas 25 unidades básicas de saúde e 23 equipes de saúde da família (ANDRADE et al, 2004).

Como estratégia prioritária de reorientação do modelo de atenção à saúde de Sobral, a ESF é considerada a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, apresentando uma proporção de cobertura assistencial estimada de 100%, segundo dados do Departamento Nacional de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, até agosto de 2016 (BRASIL, 2016).

Assim, com quase 20 anos de ESF em Sobral, em 2015, a Secretaria Municipal Saúde de Sobral (SMSS) propôs a oficina: “*Modelo de Atenção à Saúde de Sobral: construindo uma nova etapa*”. Nesse momento, foi apresentado aos trabalhadores o quadro

situacional referente à saúde do município destacando as fragilidades, desafios e potencialidades. Nesse sentido, o ponto central da oficina foi destacar a necessidade de mudança no modelo de atenção em decorrência das transições epidemiológicas e da tripla carga de doenças, e das condições de saúde (MENDES, 2011). Desse modo, foi destacado que as condições de saúde da população não eram as mesmas de 20 anos atrás, então havia uma necessidade de contemplar as demandas atuais. Neste contexto, destacou-se o predomínio das condições crônicas, que segundo Mendes (2012) podem ser circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de maneira persistente e que demandam respostas sociais dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. Tais respostas podem ser reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas.

Para organização e andamento do processo de mudança, assim como em Fortaleza, foi contratada uma equipe de consultores coordenados por Eugênio Vilaça Mendes.

Neste contexto, é proposta a organização das redes de atenção à saúde, que traz o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) como estratégia de reorganização do modelo de atenção. Este relaciona as principais intervenções de saúde em conformidade com a população/subpopulações e com focos prioritários das intervenções sanitárias. Dividindo-se em: nível 1: intervenções de promoção da saúde; nível 2: intervenções de prevenção das condições de saúde; nível 3: gestão da condição de saúde; nível 4: gestão da condição de saúde e nível 5: gestão de caso (MENDES, 2012). Há uma interação dinâmica entre esses níveis, os quais estão unidos por um circuito interativo de retroalimentação. Dessa forma, a implantação do MACC deverá envolver um plano estratégico que articule intervenções de forma coordenada.

Ribeiro (2018) ao avaliar a atenção às condições crônicas na estratégia saúde da família de Sobral/CE enfatiza a necessidade de uma transição de um modelo de atenção às condições agudas e de agudização da doença para o MACC. Assim como a mudança de uma atenção prescritiva e centrada na doença para a colaborativa e com foco na pessoa. Cunha (2016) também destaca que a implementação do MACC exige das equipes de saúde a adoção de novas práticas, do reconhecimento da população usuária por estratos de risco, da organização do serviço de saúde de forma a assistir adequadamente, de forma continuada e resolutive às condições crônicas, da implantação de processos direcionados à gestão da clínica e das condições de saúde das pessoas, da inserção e fortalecimento da atuação de uma equipe multiprofissional para a atuação no autocuidado apoiado¹.

¹ Trataremos do autocuidado apoiado no tópico cinco: O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO: um olhar para as dimensões gerencial e organizativa

Na oficina foi evidenciado, também, o papel importante da APS em coordenar o cuidado e ordenar as Redes de Atenção a Saúde (RAS). Conceituar as RAS não é a tarefa primordial deste estudo, porém se faz necessário para que se possa compreender o universo no qual nosso objeto está imerso. Segundo a portaria que regulamenta a RAS, estas são arranjos organizativos dos serviços e ações de saúde, os quais se diferem quanto às suas densidades tecnológicas, mas que se integram por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão com o objetivo comum de garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Nesse estudo realizado por Cunha (2016), que analisou as competências necessárias para os gerentes da ESF em Sobral-CE destacou que no novo modelo, o centro de comunicação e ordenação das RAS é a APS, desse modo torna-se imprescindível trabalhar na lógica das RAS. E que o fortalecimento das tecnologias leves é essencial para materializar as ações propostas pelo modelo.

Dando continuidade ao processo de reformulação do modelo de atenção, outras oficinas foram sendo realizadas para que o novo modeloⁱ fosse incorporado de forma efetiva nas ações e estratégias desenvolvidas pelos os trabalhadores, sobretudo os da APS. Temos como exemplo, a *“Oficina: Novas Tecnologias para a Abordagem das Condições Crônicas pela Equipe Interdisciplinar”*, um material elaborado por Maria Emi Shimazaki (2015), consultora, membro da equipe de Eugênio vilaça Mendes.

Tais oficinas foram feitas com grupos de trabalhadores atuantes no sistema de modo que todos pudessem ser contemplados. Os profissionais do NASF passaram a integrar uma equipe de apoio que contribuía na execução e compartilhamento das oficinas. O conteúdo abordado nesses encontros ficou conhecido como as tecnologias leves propostas pelo MACC.

Para Mendes (2012) a mudança para um modelo de atenção centrado nas condições crônicas de saúde busca proporcionar uma atenção integral que impacte na situação de saúde, na autonomia dos usuários e nos determinantes e condicionantes envolvidos, por meio de uma gestão da clínica destinada a prover uma atenção à saúde de qualidade (MENDES, 2012).

Compreendemos que diferentes modelos de atenção à saúde operam no cenário brasileiro. Podemos citar aqueles que são hegemônicos - o Médico-assistencial e o Sanitarista, os quais são ancorados a partir da lógica hospitalocêntrica e de campanhas sanitárias,

ⁱ Os trabalhadores em saúde do município, em particular os da APS, chamam a proposta de Eugênio Vilaça Mendes, o MACC, de “novo modelo”.

respectivamente. Destacamos ainda, outras propostas contra-hegemônicas, que são fundamentadas nas necessidades de saúde (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

No Brasil, a proposta, na APS, para reorientar o modelo de atenção é ESF. Suas principais funções são a continuidade do cuidado, que contempla os elementos como; vínculo, longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, tendo a responsabilidade de coordenar e/ou integrar o cuidado, ainda que ele seja realizado em outro nível de atenção (STARFIELD, 2002).

Segundo Ayres (2009), modelo de atenção à saúde é entendido por ser uma consonância de horizontes entre os diversos discursos sobre os modos de gerir e operar as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações. Dentro desta perspectiva, o autor ressalta que os modelos nunca moldam completamente as tecnologias. Ou seja, estas demonstram uma abertura inexorável em seu devir prático, pondo em evidência potencialidades, desafios, sinergias e tensões que provocam uma adaptação e diversificação do seu uso, ou buscando novas técnicas e conceitos ou novos arranjos tecnológicos para operá-las (AYRES, 2009).

Diante do exposto e compreendendo a complexidade dos processos de mudança na organização dos serviços e das práticas de saúde em nosso meio, considerando que a condução de tais processos é realizada por humanos que por meio de seus valores, conhecimentos, habilidades e sensibilidades agem e reagem de acordo com circunstâncias, algumas ou muitas vezes, alheias à sua vontade, aos seus desejos e utopias.

Assim, tendo em vista essas diferentes perspectivas, temos como questão norteadora: Nesse contexto de redefinição da proposta de organização dos serviços de saúde, **como os diferentes sujeitos, trabalhadores e usuários, reconhecem o cuidado realizado na APS de Sobral-CE?** Nesse sentido, outras questões também nos interpelam: Como as mudanças nas dimensões: gerencial; organizativa e técnico-assistencial podem interferir nas ações de cuidado desenvolvidas na APS? Em que medida o cuidado desenvolvido no cotidiano dos serviços de saúde tem sido capturado pela centralidade do modelo de atenção? Qual o imperativo do cuidado realizado na APS/ESF, pautado no projeto singular de cada um (incluindo o trabalhador) ou em receitas prescritivas, disciplinadoras e procedimentais?

Tendo por base essas questões apresentadas, esse estudo tem por objetivo geral: Analisar o cuidado desenvolvido na Atenção Primária à Saúde e sua interface com o modelo de atenção adotado por um município de médio porte no Nordeste do Brasil. Para isso, buscamos identificar as evidências científicas que concernem as principais mudanças no Modelo de Atenção à Saúde assim como elas ocorrem em cada uma das dimensões:

Organizacional; Gerencial e Técnico-assistencial; Descrever o modelo de atenção à saúde que norteia o cuidado na APS; Identificar a percepção dos trabalhadores em saúde e usuários acerca do modelo adotado; Compreender as concepções de cuidado que norteiam as ações e estratégias na APS de Sobral.

Para alcançar esses objetivos, realizamos uma pesquisa qualitativa, na qual o processo de construção das informações empíricas se deu durante os meses de março a junho de 2018 foram realizadas entrevistas com quinze trabalhadores e quinze usuários, além de observação participante e anotações em diário de campo. A interpretação das informações empíricas foi fundamentada na hermenêutica filosófica de Gadamer (1997).

Desse modo, o primeiro capítulo é a presente introdução. O segundo é composto pelo referencial teórico- metodológico, no qual discutimos os conceitos de: modelos de atenção à saúde e o cuidado em saúde; No terceiro capítulo realizamos uma caracterização da CSF Dr.Grijalba Mendes Carneiro, cenário em que ocorreu a observação participante e as entrevistas.

Os resultados da pesquisa estão expostos da modalidade de artigos e compõem os demais capítulos. Sendo o primeiro intitulado: Modelos de Atenção à Saúde: mudanças, conceitos e desafios. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura a respeito transformações nos serviços de saúde desencadeadas pelo modelo de atenção. No segundo, intitulado, O Modelo de Atenção à Saúde de um Município do Nordeste Brasileiro: um olhar para as dimensões gerencial e organizativa. Buscamos descrever, na perspectiva gerencial e organizativa, o modelo de atenção vigente no município. O terceiro artigo, A multidimensionalidade do cuidado: ações estratégias da APS, traz uma discussão sobre as concepções de cuidado dos trabalhadores e usuários a respeito das ações e práticas na APS.

Por último, elaboramos as considerações finais e as recomendações construídas a partir dos achados. Finalizamos, portanto, com algumas palavras do diário de campo que representam um pouco dos meus sentimentos durante a realização da pesquisa de campo e também de todo o processo de mestrado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

2.1 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A reflexão sobre a problemática do que hoje denominamos ‘modelos de atenção à saúde’, remonta aos primórdios do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e teve suas origens na análise crítica da prática médica e dos ‘movimentos ideológicos’ de reforma que se apresentavam na conjuntura da época, especialmente a Medicina Preventiva (AROUCA, 1975) e a Medicina Comunitária (DONNANGELO, 1976).

Para Paim (2002), modelo pode ser compreendido como uma razão de ser - uma racionalidade, não é sinônimo de padrão, exemplo ou burocracia. Nessa perspectiva, perpassa a maneira de organizar e administrar (gestão e gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde. É, portanto, uma forma de combinar técnicas ou até mesmo uma “lógica” que orienta a ação.

O Autor identifica diferentes concepções atreladas à expressão “modelo de atenção”, tais como: I – forma de organização do sistema de serviços de saúde; II – modo de organização do processo de prestação de serviços de saúde; III – forma de organização das ações de saúde; e IV – modelo de gestão democrática do sistema de serviços de saúde. Todavia, o autor problematiza que “nenhuma delas se volta, especificamente, para as dimensões técnicas e tecnológicas das práticas de saúde” (PAIM, 2012, p.461).

O interesse em definir e conceituar “modelo de atenção” surgiu no contexto do debate internacional sobre reformas do sistema de saúde, especialmente com a proposta de organização dos Sistemas Locais de Saúde, nos anos 80. No Brasil, este debate deu lugar à elaboração de várias definições, baseadas em enfoques teórico-conceituais distintos (TEIXEIRA, VILASBOAS, 2014).

Na definição apresentada pela Organização Pan-americana de Saúde (OPS) (1992) segundo a qual “*modelo de atenção*” é um modo de organização das unidades de prestação de serviços de saúde, ou seja, uma forma de se organizar os estabelecimentos de saúde, a saber, centros de saúde, policlínicas, hospitais (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2014).

Admitindo-se uma visão ampliada e sistêmica sobre modelos de atenção à saúde, pode-se incluir até três dimensões: uma gerencial, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das áreas e serviços; uma dimensão organizativa, que envolve as relações entre as unidades de prestação de serviços; e a dimensão técnico-assistencial, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre as práticas e seus objetos de

trabalho, relações estas intercedidas pelo saber e pela tecnologia que operam o processo de trabalho em saúde, (TEIXEIRA, 2002).

Teixeira e Vilasbôas (2014) destacam dois modelos constituídos em resposta a pressões e decisões políticas no século XX. Para auxiliar a compreensão dos objetivos do estudo, considera-se importante fazer uma breve explanação sobre esses modelos hegemônicos e vigentes no período da RSB: o modelo médico-assistencial e o modelo sanitaria.

O modelo médico-assistencial tem suas raízes na Medicina Liberal. Esse modelo passou a ser considerado como “privatizante” ou “privatista”, em decorrência de grande parte da rede assistencial ser composta, na época, por serviços privados, contratados e conveniados. Apesar de muitas discussões e negociações que apontavam para uma mudança, transformação ou conservação, o modelo de atenção médico-assistencial hospitalocêntrico tem suas heranças ainda muito presentes no SUS (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

O outro modelo hegemônico, conhecido como “sanitaria”, teve desempenho primordial no desenvolvimento de algumas ações de controle sanitário no decorrer da história brasileira. Um dos principais eixos de ação dessa proposta são as “campanhas sanitárias”, as quais continuam exercendo um importante papel, principalmente no que diz respeito à imunização da população. As ações executadas por esse modelo se evidenciam em programas verticais, de caráter pontual – indo de acordo com as características epidemiológicas da doença ou agravo que se pretende erradicar e/ou controlar (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

Outras propostas também tiveram destaque no cenário da saúde brasileira, o modelo de Vigilância da Saúde (VISAU) surge no final dos anos 80 e incorpora aspectos da promoção da saúde e pressupostos da Determinação Social no processo de saúde-doença. A condução dessa proposta envolveu aspectos relacionados à regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde. O grupo que pensou na operacionalização do VISAU foi o do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA).

O Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (DMP-USP) trouxe a proposta das “ações programáticas de saúde” a qual era tangente à lógica da demanda espontânea efetivada nos Distritos de Saúde (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

As “ações programáticas em saúde” apoiada nas ciências sociais defendem a redefinição de programas especiais no nível local, demandando uma reorganização do processo de trabalho em saúde. Adotando como premissa a identificação de necessidades sociais de saúde, com valorização da integralidade, da qualidade e da efetividade (PAIM, 2012).

Por fim, a oriunda de um grupo de pesquisadores do Laboratório de Planejamento da Universidade Estadual de Campinas (LAPA-UNICAMP), o chamado “modelo técnico-assistencial em defesa da vida”. Os pilares que norteiam essa proposta enfatizam a importância do vínculo entre comunidade usuária e profissionais e do acolhimento. Envolve ainda, fundamentos conceituais e filosóficos procedentes do assistencialismo, da psicanálise, da análise institucional e do marxismo (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2014).

Apoiados em Teixeira (2002) entende-se que as mudanças “macro” sistêmicas são necessárias para a transformação, mudanças ou conservação do modelo, e que estas requerem um conjunto de iniciativas heterogêneas e de extrema complexidade, pois incide transversalmente no nível das práticas de cuidado. A concretude desses processos se manifesta no “micro” sistema. Teremos esses pressupostos como sinalizadores na futura análise do objeto dessa pesquisa, o que nos permite direcionar nosso olhar para os planos macro e micro sistêmicos, assim como para as três dimensões.

2.2 CUIDADO

O cuidado é desenvolvido entre pessoas desde o período paleolítico, manifestando-se, primeiramente, a partir de experiência materna instintiva de proteção e ampliando sua expressão até uma economia de subsistência. Além disso, para o efetivo desenvolvimento do cuidado, este dependia das relações de solidariedade e do reconhecimento mútuo de homens e de mulheres na tarefa de cuidar (VAGHETTI, et al., 2007).

O cuidado incorpora-se na constituição do ser humano em seu modo singular de existir, de agir, de ser. O cuidado é uma atitude, na qual a pessoa sai de si e se projeta no outro com desvelo, estabelecendo um compromisso de zelo, dedicação e responsabilidade por ela. Nesse sentido, Boff (2005) reforça a dimensão ontológica trazida por Heidegger, a qual indica que o cuidado não é algo que possuímos, mas algo que somos (BOFF, 2005).

Em latim a palavra cuidado tem o significado de cura, em seu sentido mais antigo, cura, coera. Como era escrito, remetia ao contexto das relações de amor e amizade (BOFF, 2005).

Desse modo, algumas transformações foram surgindo estabelecendo mudanças nos modos e sentidos do cuidado. As ações autônomas passaram para especializadas, exercidas por pessoas no grupo capazes de assumir o papel de cuidadores, a exemplos, dos feiticeiros, xamãs, e sacerdotes. Posteriormente, o cuidado passou a ser exercido, por pessoas

dotadas de um conhecimento ainda mais diferenciado. Assim, ao longo da história, e com o início da industrialização e das mudanças sociais provocadas por ela, a profissionalização do cuidado ganhou maior visibilidade (VAGHETTI et al, 2007).

O cuidado no campo da saúde constitui-se como conceito polissêmico atravessado pelas concepções de saúde e doença indica um objeto complexo e sinuoso. Sendo este apreendido em múltiplos discursos e níveis de existência. (ALMEIDA FILHO, 1997; 2000). Neste contexto, diversos significados podem ser atribuídos à palavra cuidado, a saber: assistência, tratamento, cura, educação, acolhimento, proteção, autonomia, atenção. Nesta perspectiva, o cuidado ganha uma aproximação com as ações realizadas pelos profissionais de saúde.

Assim, houve o crescimento de ações de cuidado especializadas, vinculadas ao modelo biomédico hegemônico, em que o ato de cuidar busca diagnósticos, prevenção e tratamento de doenças. Além de ter suas balizas no conhecimento técnico-científico (CAMPOS; BREDIKOW, 2014).

A oferta das especialidades de saberes técnicos cada vez mais aperfeiçoados, o desenvolvimento da tecnologia intervindo na relação entre profissional e paciente, bem como o incremento da mercantilização da saúde gerou, ao final do século XX e início do século XXI, um questionamento da efetividade do modelo biomédico, como única alternativa de cuidado à saúde. Desta forma, criou possibilidades de reflexão sobre qual seria o ideal de cuidado à saúde. Assim diversos conceitos de cuidado foram criados com a intenção de não representarem apenas novos modelos de aplicação técnica de atenção à saúde (AYRES, 2004).

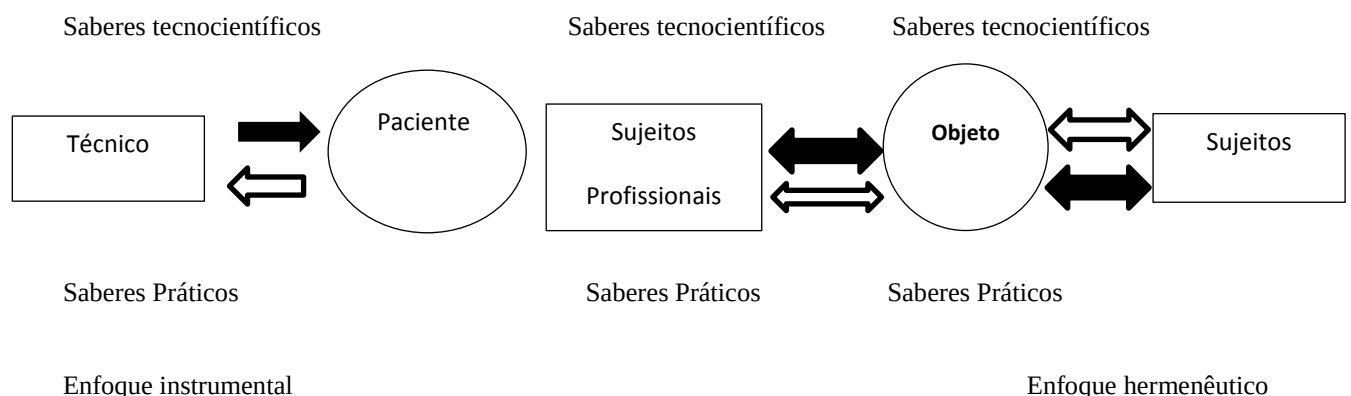
O cuidado é considerado como uma categoria central nesta pesquisa. É importante destacar que a concepção de cuidado que este estudo incorpora assume uma perspectiva de responsabilização para com o usuário. Neste sentido, o cuidado não se resume a um conjunto de técnicas para amenizar sintomas, sofrimentos. Vai muito além, o ato de cuidar é ativo, um movimento de (co)responsabilidade pela integralidade dos processos nos quais profissionais e usuários estão envolvidos. Ayres (2004) nos mune de alguns subsídios que consonam com a proposta de cuidado aqui tratada:

A responsabilidade assume relevância para o Cuidado em saúde em diversos níveis, já desde aquele de construção de vínculos serviço-usuário, de garantia do controle social das políticas públicas e da gestão dos serviços, até este plano em que se localiza aqui a discussão. É preciso que cada profissional de saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interroguem acerca de por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja

saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e partícipes desses compromissos (Ayres, 2004, p.24).

No desenvolvimento ou na construção dessa responsabilidade que nasce a importância da participação de ambos, profissionais, usuários, comunidade e serviços de saúde. Estes portam a compreensão e os projetos relativos à existência compartilhada e devem ser encorajados a decidir os aspectos essenciais para o cuidado em saúde, enfatizando o enfoque hermenêutico para a operacionalização do cuidado (AYRES, 2007).

Figura 1 - Sujeitos, objetos e seus lugares



Fonte: Ayres, 2007.

Entende-se que o processo de trabalho em saúde é em sua totalidade dependente da relação entre sujeitos, dessa forma, um trabalhador isolado é inábil a realizar as ações em saúde, cuja produção se concretiza no espaço compartilhado com o usuário (MERHY, 2002).

Nesse contexto, o alicerce da prática em saúde é o encontro, o qual possibilita que a produção de respostas positivas seja executada entre trabalhador e usuário. Seguindo essa lógica, é fundamental pensar na articulação entre o cuidado e a integralidade. No encontro com a fecunda obra de José Ricardo Ayres, percebe-se que estes dois conceitos estão imbricados e convergem para a formulação de políticas públicas sintonizadas com o projeto ético e político do SUS. Ayres (2009) destaca o cuidado como um princípio desta articulação:

A ideia de cuidado vem justamente tentar reconstruir, a partir dos problemas e tensões apontados, uma atenção integral à saúde de indivíduos e comunidades, buscando recompor competências, relações e implicações ora fragmentadas, empobrecidas e desconexas (Ayres, 2009, p.18).

De fato, em qualquer dos planos, ou na microesfera do ato terapêutico ou na macroesfera de constituição de políticas pelo Estado, faz-se necessário enriquecer o diálogo

entre os sujeitos implicados nas práticas de saúde e potencializar a intersubjetividade vivenciada no cuidado (AYRES, 2009).

Para Ayres (2009) é necessário fortalecer o encontro e o diálogo entre as integrações horizontais e verticais. O autor chama de “integração horizontal”, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde diante de situações concretas de saúde-doença-cuidado. Já de “integração vertical”, as ações que contemplam a articulação entre os serviços em distintos níveis (primário, secundário e terciário) e entre diversas políticas, requerendo arranjos tecnológicos variados. Ao refletir sobre essa integração vertical, podemos correlaciona-la ao debate da estratégia de organização do sistema em redes de atenção. Contudo, aqui, a ênfase está na participação dos sujeitos na organização dos processos e em sua compreensão.

Estes encontros intersubjetivos possibilitam a (re)construção contínua das identidades que o vivenciam. A ausculta e o diálogo tornam-se dispositivos tecnológicos potentes nas propostas de humanização e cuidado em saúde. No momento em que, verdadeiramente, se permite ouvir o outro é que acontece a dialógica do cuidado (OTHERO; AYRES, 2002).

Diante dos elementos trazidos pelos autores, há conceitos relevantes para impulsionar reflexões sobre o cotidiano das equipes de saúde e suas práticas, especialmente, as que envolvem a produção do cuidado em seu sentido ampliado. Para Gadamer (2006), refletir sobre a saúde é uma tarefa que cabe a todos nós realizar em nossas vidas, não é exclusiva dos médicos, da ciência ou dos demais profissionais de saúde, é importante para que possamos nos questionar sobre como devemos nos conduzir, na nossa práxis de vida, sobre a saúde e a doença. Neste sentido, como não deixar viva a pergunta: que proposta de cuidado está sendo compartilhada pelos trabalhadores em saúde?

2.3 CAMINHOS DA PESQUISA

2.3.1 A hermenêutica

A hermenêutica surgiu na Antiguidade, quando foi desenvolvida uma distinção entre significados literais e alegóricos, como, por exemplo, na leitura de Homero e da mitologia grega e na interpretação da Septuaginta por Filon de Alexandria. Autores cristãos fizeram uma distinção de níveis de significado na Bíblia. Orígenes (185-254) diferenciava o

sentido literal, o moral e o espiritual das Escrituras. Na prática, essas distinções eram resumidas na separação entre o significado literal e o alegórico.

Na Renascença, a hermenêutica era fortemente relacionada à filologia, nesse período já se utilizava da crítica sendo associada a um método básico nas ciências humanas. Com a Reforma, cristãos individuais começaram a se apropriar das leituras bíblicas, possibilitando uma variedade de interpretações o que despertou um novo interesse sobre o modo de interpretar (GILHUS, 2016).

Hermenêutica, do grego *hermeneuein*, expressa uma teoria ou filosofia da interpretação, possibilitando a compreensão do objeto de estudo, muito além de sua superficialidade. Ao longo do tempo ampliou o seu significando, referindo, na seara da filosofia, diversas formas de teoria da interpretação, entre as quais o existencialismo, a fenomenologia e a própria hermenêutica, que culminam em inúmeros modos de expressão filosófica continental. Entre os maiores expoentes da hermenêutica no século XX estiveram Gadamer e Paul Ricoer (CAPRARA, 2003).

A arte da interpretação, segundo Ricoeur (2000), tem o intuito de romper com o distanciamento incorporando seu sentido à compreensão presente. Afirma também, que os modos de compreensão podem e devem ser emprestados de uma época para outra, condicionando qualquer interpretação. A hermenêutica predispõe inúmeras possibilidades de interpretações e algumas delas podem se aproximar da verdade, embora nenhuma seja definitiva, jamais. Essa compreensão nunca chega, diretamente, ao seu objeto uma vez que o enfoque interpretativo é sempre condicionado pelas interpretações examinadas (BROWN; HEGGS, 2015).

Segundo Gadamer, a interpretação, antes de ser um método, é a expressão de uma situação do homem: ao interpretar uma obra, o intérprete já está imerso em um horizonte aberto pela mesma (GADAMER, 2008).

Embora, a compreensão possa ter suas balizas em uma determinada explicação, esta será sempre eventual e desencadeante de uma nova explicação resultando em um movimento circular entre a explicação, a compreensão e a interpretação. Esta circularidade é mais uma súpula do círculo hermenêutico. (BROWN; HEGGS, 2015)

Este enfoque interpretativo busca entender o significado dos comportamentos, das ações dos indivíduos, a experiência individual é posta em primeiro plano para a produção dos discursos científicos, os quais desvelam os significados das ações na relação entre o intérprete e o interpretado na tentativa de superar a distinção entre o objeto e o sujeito na pesquisa científica.

Ayres (2007) mostra que os processos interpretativos e compreensivos, especificamente no âmbito da saúde, revelam os significados de adoecer, estar saudável, e ser cuidado, elucida ainda os contextos de intersubjetividades dos sujeitos envolvidos nas ações. Nessa perspectiva, é que se concretiza o modo hermenêutico de se interpretar, quando se pensa em saúde e suas práticas de cuidado, em termos filosóficos e menos instrumentalizados (AYRES, 2007).

Heidegger na sua obra *Ser e Tempo* (1927) já mostrava o caráter existencial da interpretação, quando demonstrava maior interesse em “estar no mundo” do que na própria linguística, afirmava que “existir é interpretar”. Com esse pensamento, o filósofo traz hipoteticamente, que ideia de cuidado é aquela que nos possibilita e nos abre o caminho para a compreensão do sentido de nossa existência como seres humanos em nossas relações de cuidado enquanto profissionais e usuários. Neste contexto, consideramos condizente a acepção hermenêutica filosófica como proposta para orientar as construções que foram interpretadas nessa pesquisa frente a profundidade que esta permitiu.

2.3.2 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, como já destacamos, fundamentada na perspectiva crítico-interpretativa de Gadamer (1997), a qual pode expressar, traduzir ou interpretar os achados dentro de um determinado prisma metodológico. Delineada pelo objetivo de analisar como as práticas de cuidado são desenvolvidas na APS, entende-se que este é um nível de realidade que não pode ou deveria ser quantificado (MINAYO, 2014). Fundamenta-se esta abordagem com a assertiva para a pesquisa qualitativa:

[...] se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam, permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2014, p.57).

A hermenêutica, entendida como uma teoria de interpretação torna o objeto de estudo compreensível para além de sua mera aparência ou superficialidade. Assim, é possível vivenciar a interpretação dos significados a partir do diálogo com o mundo (SILVA, 2010).

A experiência do indivíduo é posta em primeiro plano da produção dos discursos científicos, dentro de uma lógica que busca o significado das ações na relação entre

interpretante e interpretado, na tentativa de superar a distinção entre sujeito e objeto na pesquisa científica (Geanellos, 2000).

Segundo Ricoeur (2000), o pesquisador interpreta e concebe o sentido ao texto a partir do contexto histórico no qual ele foi produzido e busca investigar o mundo pessoal das experiências e não um ente independente do sujeito.

A compreensão, com o caráter crítico e interpretativo, implica a produção de um sentido original, que incorpora dialeticamente o texto “nativo”, pois o sentido de um texto não se exaure no dito pelos usuários. Em um exercício interpretativo, que é também “crítico”, espera-se compreender os sentidos das experiências dos interlocutores resgatando a subjetividade na materialidade a que a produção simbólica se vincula (ARRUDA; BOSI 2017). O uso da hermenêutica foi pertinente para o trato do presente objeto de estudo, sobretudo porque não se teve o intuito de eximir o sujeito interpretativo de sua história.

2.3.3 Cenário da Pesquisa

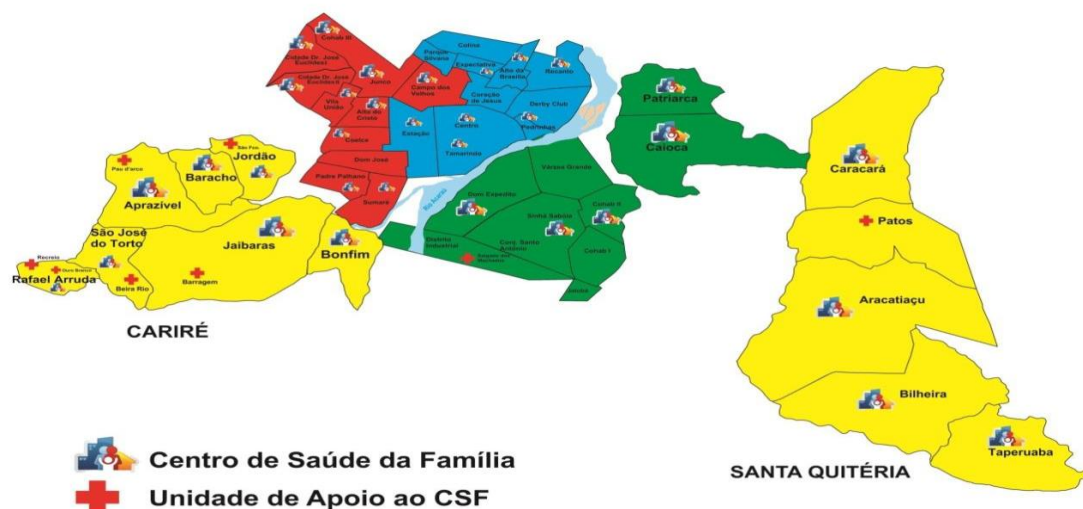
O estudo foi realizado em Sobral, cidade situada na Mesorregião Noroeste do Estado do Ceará, com área de 2.122,898 km², uma população de 188.233 habitantes e uma estimativa populacional de 201.756 habitantes para o ano de 2015 conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2015).

No que se refere ao contexto da saúde, o município integra uma rede assistencial hierarquizada e regionalizada do SUS e apresenta uma capacidade instalada para o desenvolvimento e realização de serviços em diversos níveis de complexidade. É sede da 11ª Região de Saúde, formada por 24 municípios, com uma estimativa populacional de 629.957 habitantes. É polo para a Macrorregião Norte do Ceará, sendo referência de serviços de alta complexidade e alto custo para 55 municípios, abrangendo uma população de aproximadamente 1.606.608 habitantes.

O sistema de saúde organiza-se por níveis de atenção, sendo estes a atenção primária, secundária e terciária. A ênfase do estudo será a atenção primária à saúde, a qual é composta por 63 equipes de saúde da família e seis NASF's distribuídos em 36 Centros de Saúde da Família.

Os CSF's dividem-se ainda em quatro macroáreas, conforme demonstrado na Figura 3. Para esta divisão foram considerados critérios geográficos e de acesso ao serviço de saúde, perfil epidemiológico da região e condições socioeconômicas do território e da população.

Figura 2 - Divisão dos Territórios adscritos da ESF de Sobral em Macroáreas



Fonte: Secretaria de Saúde de Sobral, 2014.

Para a escolha do campo específico optamos pelo CSF Doutor Grijalba Mendes Carneiro (Coelce) localizado na macroárea 2, região vermelha no mapa. A escolha partiu da compreensão de que este CSF é o que possui o maior número de equipes de ESF, contempla uma equipe de NASF e por também está funcionando como uma unidade “modelo” em relação ao novo horário de prestação dos serviços. Na propaganda institucional da Prefeitura de Sobral “#MaisSaúdeaoseutempo!!!” os CSF irão funcionar de 07:00h da manhã até as 19:00h da noite. Atualmente o CSF Coelce é o único que funciona com o horário ampliado.

2.3.4 Participantes da Pesquisa

Os participantes da pesquisa foram quinze trabalhadores da APS de Sobral e quinze usuários do serviço. Os trabalhadores foram escolhidos pela técnica de bola de neve (*snowball sampling*), de tal modo que cada participante indicou alguém de seu convívio profissional para integrar a pesquisa. Segundo Albuquerque (2009), a Bola de Neve busca uma aproximação com situações sociais específicas, pois funciona como uma cadeia de referência na qual o primeiro entrevistado indica outro, que por sua vez indica outro, e assim sucessivamente. O participante primário foi escolhido por meio das observações previamente feitas pela pesquisadora e pelos critérios de inclusão. A partir deste, os demais contatos foram efetuados pessoalmente, conforme indicação do participante primário.

A aproximação com o cenário da pesquisa possibilitou a percepção do interesse dos trabalhadores em participar da pesquisa. Para os usuários, tivemos alguns contratempos,

pois a cada dia tem um grupo novo de pessoas na unidade de saúde, após o atendimento, a maioria não pode ou não quer esperar para realizar a entrevista. Desse modo, foi necessário se pensar em outro tipo de abordagem. Primeiramente, passei a conversar com as pessoas na sala de espera dos consultórios, conversar sobre diversos assuntos, percebi que o interesse dos usuários em participar da pesquisa tinha que ser maior do que o meu em concluir aquela tarefa de coletar informações para minha dissertação. Nesse momento, passei a utilizar as possibilidades do poder do encontro com aqueles usuários, percebi que aquela “conversa informal” tinha muito a contribuir com a minha pesquisa, e também para meu crescimento pessoal e humano.

O trabalho em saúde é concebido no encontro entre usuário, trabalhador e gestor. A ação do trabalhador não é feita sobre um objeto de estudo inerte, estruturado e imutável, mas com um sujeito desejante. É um encontro com necessidades individuais e coletivas (inclusive as minhas) que permite um potente espaço de criação de acontecimentos (MERHY; FEURWERKER, 2009).

Desse modo, para os usuários que demonstraram desejo em participar da pesquisa, foram realizadas visitas domiciliares ou agendávamos horário e dia no próprio CSF.

Os critérios de inclusão: ser trabalhador da APS em Sobral por no mínimo 02 anos. Optou-se por esse período para que os participantes pudessem ter uma vivência mais fidedigna das ações desenvolvidas na APS para a efetivação do modelo de saúde e suas práticas de produção do cuidado. Foram excluídos da pesquisa os trabalhadores que estavam de férias ou gozando de licença no período da coleta das informações. Quanto aos usuários, os critérios de inclusão foram ser usuário do serviço por no mínimo 03 anos, ser cadastrado em algum Centro de Saúde da Família do município e aceitar participar da pesquisa. Usuários que apresentaram alguma patologia ou faziam uso de medicamentos, que por ventura, contribuíssem para a não compreensão do estudo foram excluídos da pesquisa. As informações expostas nos resultados com uso do termo “Trabalhador”, quando se trata de um dos trabalhadores em saúde e “Usuários” quando se trata de um dos usuários; precedido por uma ordem numérica. Exemplo: (Trabalhador 1), ou (Usuário1).

2.3.5 Produção das Informações Empíricas

Para construção das informações empíricas foram realizadas a observação participante, e entrevista semiestruturada, durante os meses de março a junho de 2018. De

acordo com Minayo (2014), a observação participante proporciona a relação face a face com os observados. O observador torna-se parte do contexto sob observação, modificando-o e sendo modificado ao mesmo tempo. Para a pesquisa em campo, foram destinadas três semanas exclusivas de observação participante, antes da no início das entrevistas. As observações foram orientadas por um roteiro (APENDICE A). A intenção foi conhecer um pouco do local, das pessoas, da dinâmica e do movimento do CSF, sobretudo, adquirir a confiança dos participantes da pesquisa. As idas para o campo da pesquisa eram diárias, geralmente, chegava as 7:30 e ficava ate as 11:00h, no período da tarde permanecia das 13:00 as 17:00. Ainda foram realizadas quatro observações no turno da noite. Fazendo um somatório dessa vistas, foram aproximadamente, 110 horas de observação participante, exclusivamente. É importante ressaltar que as observações continuaram ao longo da pesquisa, porém já não de foram exclusiva.

A partir das observações, tivemos a oportunidade de participar de consultas, do acolhimento, grupo de práticas corporais, territorialização, visita domiciliar, atividade na academia da saúde, Roda do CSF e gerenciamento diário. A presença da pesquisadora tornou-se familiar para os trabalhadores e para alguns usuários que costumavam frequentar a unidade todos os dias. Desse modo, comportamentos que eram evitados passaram a ser realizados livremente, sem preocupação e medo de julgamentos.

Já a entrevista com roteiro semiestruturado se caracteriza por enumerar, de modo abrangente, os questionamentos e inquietações que o pesquisador pretende elucidar em campo, tendo como ponto de partida seus pressupostos ou hipóteses, oriundas da delimitação do objeto de estudo. Os roteiros de entrevista, segundo Minayo (2014), têm por finalidade orientar os relatos dos entrevistados para o delineamento do objeto em relação à realidade empírica, facilitando a abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação dos sujeitos participantes. Considerando os objetivos e pressupostos teóricos do estudo, foram elaborados roteiros de entrevista (APÊNDICES B, C), com questões semiestruturadas, o qual permitiu aos entrevistados discorrer sobre: o modelo de saúde que norteia as práticas de cuidado desenvolvidas na APS, assim como relatar sobre os fatores que interferem na concretização dessas práticas.

Sistematizar a observação do campo tornou-se um imperativo para sustentar uma coerência de análise das informações, as quais não poderiam ser reducionistas. Para tanto, foi utilizado um diário de campo, no qual foram organizadas algumas impressões a respeito do cenário, por meio do relato das percepções, contradições e construções de discursos nos ambientes observados.

O diário de campo é um bloco de notas no qual o pesquisador anota, dia por dia, impressões não consideradas objeto de nenhuma modalidade de entrevista (MINAYO, 2014). O uso dessa ferramenta advém da tradição de pesquisa de caráter etnográfico, bastante vinculada à prática de pesquisa na Antropologia e em Ciências Sociais em geral. Embora esta pesquisa não seja diretamente ligada à Etnografia enquanto fazer metodológico o uso de tal ferramenta trouxe boas contribuições para fins de enriquecimento para a análise das ações de cuidado na atenção primária, objeto deste trabalho.

Na trilha de feitura desta pesquisa, o diário de campo tornou-se um fiel companheiro. A necessidade desta companhia surgiu em função de diversas angústias vividas no processo de idas e vindas do campo. Havia dezenas de informações sobre o contexto que dificilmente seriam captadas nas entrevistas. A tarefa de escrever o diário de campo, por sinal muito prazerosa, também permitiu a organizar algumas impressões a respeito do cenário e dos sentimentos pessoais em realizar a pesquisa. Ele se tornou uma ferramenta de cuidado para a pesquisa e para a pesquisadora

Destacamos que em boa parte das entrevistas realizadas, surgiram questões e informações não pensadas previamente que iam sendo acrescidas por meio dos diálogos, das necessidades de alguns participantes em falar um pouco mais, em chorar, em permitir o encontro. Eis uma razão da riqueza do método qualitativo diante do inesperado. Possibilita o pesquisador de se reinventar durante a pesquisa de campo.

2.3.6 Plano de Análise

As observações em campo e os discursos dos participantes transcritos em texto tornaram-se o objeto privilegiado do trabalho hermenêutico deste estudo. Inicialmente, foram feitas leituras exaustivas dos textos de modo a possibilitar uma interpretação inicial no intuito de compreender o conteúdo em termos gerais e identificar os temas principais (CAPRARA e VERAS, 2005). A confrontação das informações do material empírico com as observações de campo possibilitou a identificação das categorias centrais desta investigação.

Para a organização dos grandes temas por meio do material produzido, a análise do material teve como base a hermenêutica, a qual consiste num processo de leitura que tem uma circularidade entre as partes e o todo do texto; entre sua estrutura e seu significado; entre o horizonte do leitor e o do texto; e entre o texto e seus contextos. A abordagem hermenêutica caracteriza-se, metaforicamente, como dialógica, pois implica uma interação contínua entre o pesquisador e o material da fonte (GILHUS, 2016).

Por meio do círculo hermenêutico alguns passos foram seguidos para a interpretação do material empírico. Foi realizada uma leitura lenta e detalhada, para que dentro do círculo hermenêutico o pesquisador (a) pudesse se aproximar do texto, trazer seus preconceitos, projetar seus significados e após essa primeira leitura, enriquecer o texto com novas interpretações.

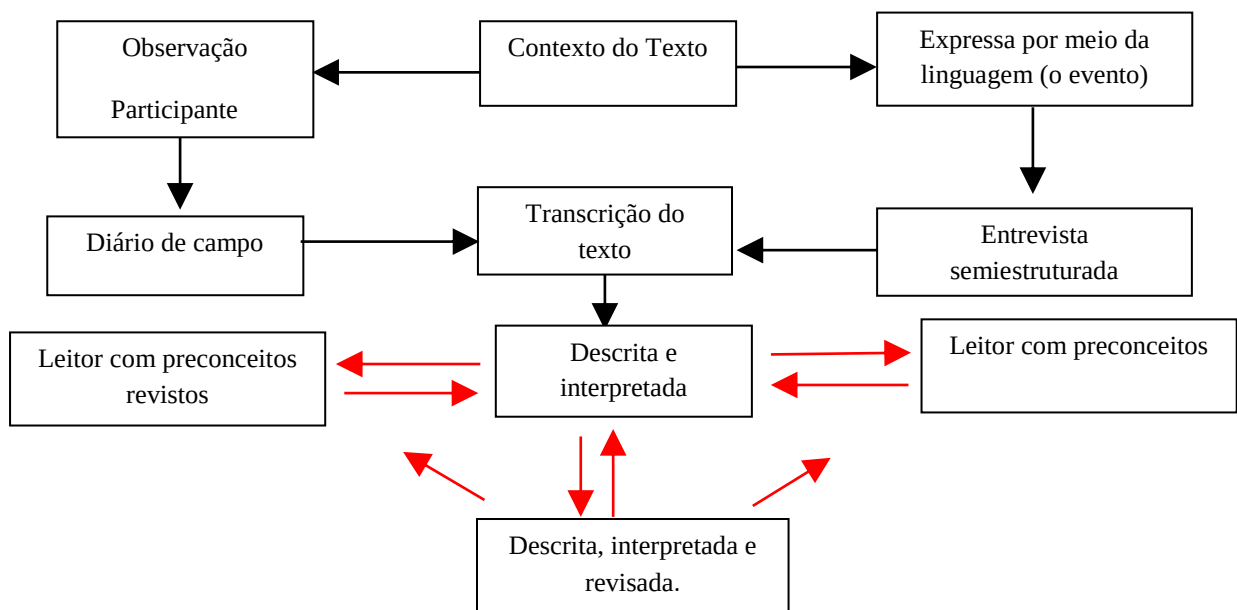
Posteriormente, foi feita a exploração do texto no que refere à linguagem e contexto do material produzido. Outros pontos importantes para análise das informações foram; a fluidez dos significados, pois no círculo hermenêutico estes estão sempre num fluxo, a interrogação dos interesses promovidos no texto e a possibilidade novas perguntas advindas do novo texto (GILHUS, 2016).

O objetivo aqui foi interpretar textos praticando a leitura e releitura, cultivando um diálogo entre as partes e o todo, levantando questões e compartilhando diferentes contextos, para tentar florescer algumas das camadas de significado, que o texto, por menor que seja, sempre apresenta ao leitor.

Segundo Gadamer (2008), o interprete está imerso num contexto histórico e cultural e aproxima-se do texto munido de “preconceitos”. Isso implica que significados são lançados no texto e depois modificados e revisados à luz daquilo que emerge à medida que o leitor faz mergulho mais profundo no texto.

Para melhor organização do material empírico, a análise seguiu algumas etapas de interpretação.

Figura 3 - Etapas de interpretação dos discursos



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Vasconcelos e Jorge (2013); Gadamer (2008).

2.3.7 Aspectos Éticos

Tendo prévia identificação dos riscos, esses foram minimizados. Além disso, foram sucintamente explicados aos participantes, assim como os objetivos do estudo. Nesse sentido, sendo garantidos os princípios éticos por parte do entrevistador definidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que norteia as pesquisas que envolvem seres humanos. Apresentamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), as informações necessárias para o objetivo da pesquisa, sendo preservada a identidade do pesquisado. Assim, a pesquisa seguiu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece a eticidade da pesquisa em: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Este projeto é parte da pesquisa: Organização das Redes de Atenção à Saúde no Ceará: Desafios da Universalidade do Acesso e da Integralidade da Atenção, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, nº de CAAE 36453414.0.0000.5534 (ANEXO A).

3 O REENCONTRO COM CENÁRIO DA PESQUISA

*Há um vilarejo ali
Onde areja um vento bom
Na varanda quem descansa
Vê o horizonte deitar no chão
Pra acalmar o coração
Lá o mundo tem razão
Terra de heróis, lares de mãe
Paraíso se mudou para lá
Por cima das casas cal
Frutas em qualquer quintal
Peitos fartos, filhos fortes
Sonhos semeando o mundo real
Toda a gente cabe lá
Palestina, Shangri-lá
Vem andar e voa
Vem andar e voa
Vem andar e voa
Lá o tempo espera
Lá é primavera
Portas e janelas ficam sempre abertas
Pra sorte entrar
Em todas as mesas pão
Flores enfeitando
Os caminhos, os vestidos
Os destinos e essa canção
Tem um verdadeiro amor
Para quando você for...
(Tribalistas)*

Nesta etapa da pesquisa, foi o momento de olhar para o município de Sobral, não mais com as lentes de trabalhadora, mas com as lentes de uma pesquisadora com intenção de entender que tipo de cuidado está sendo produzido nas ações desenvolvidas pela ESF. Para tanto, foi necessário uma (re)imersão nesse cenário, reencontrar os rostos conhecidos, conhecer os novos atores e explorar o movimento realizado para a produção, gestão e coordenação do cuidado

O fato de ter sido uma profissional NASF, no Município, por vezes, me causava certo desconforto, um receio de meus preconceitos e conhecimento anterior do cenário influenciasse no desempenho na pesquisa. No entanto, no diálogo com a hermenêutica, compreendemos que todos nós temos e fazemos pré-julgamentos de alguma coisa a partir de experiências passadas e estas nos dão possibilidades de julgamentos refletidos. Segundo

Gadamer (2006), a ideia dos preconceitos é que eles determinam o ser a partir das vivências às quais ele foi submetido, e esses justificam sua tradição.

3.1 O CSF COELCE, UM SUS CONHECIDO E UM LUGAR NÃO VIVENCIADO

Agora chegou o momento de rememorar, rever aquela rotina, tudo parece familiar ao mesmo tempo distante, um turbilhão de lembranças, algumas boas, outras não! Saudade, angústia, o cheiro da cidade, o movimento das pessoas, tanta moto, tinha até esquecido! Mas o calor ninguém esquece !!! Fiquei meia hora no carro, pensando como eu iria me apresentar, olhava as pessoas entrando e saindo com os saquinhos na mão (é típico isso!). Eu fiquei ensaiando, parece mentira, mas quis até chorar, então eu engoli o choro e desci! Apenas cheguei...

(Diário de Campo)

Figura 4 - Primeiros passos de minha caminhada



Fonte: Elaborado pela autora.

O CSF Dr. Grijalba Mendes Carneiro é localizado no bairro da Coelce, em Sobral, Ceará. Fica na avenida principal (Av. Senador Hermínio de Moraes), facilmente, localizado. Possui um grande espaço na frente, no qual pode estacionar motos e carros. Tem também um trecho para embarque e desembarque, além de um portão na lateral, onde está localizado o

estacionamento interno. A entrada da unidade é ampla, uma porta de grades que fica totalmente aberta durante o período de funcionamento, exceto no horário ampliado. Nesse período, o vigia abre a medida em que as pessoas chegam. O acesso é feito por uma escada de três degraus ou por uma rampa. Vizinho ao CSF tem um terreno baldio. Logo na entrada, tem um banco em formato circular, de alvenaria, sempre há pessoas sentadas nele, inclusive foi um espaço estratégico para a observação participante. Ao lado esquerdo fica o auditório, uma sala grande, na qual acontecem reuniões, grupo com os usuários. Todos os dias o acolhimento é feito nessa sala, as cadeiras ficam organizadas do lado de fora e os usuários esperam a chamada para entrar. De frente para o auditório, no lado direito, fica a farmácia. E no meio das duas salas fica o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), que as pessoas chamam de “balcão”. Nas paredes ao lado do SAME ficam placas com algumas atividades desenvolvidas pelo CSF, com a escala dos profissionais, uma placa indicando que a unidade faz parte do processo de avaliação da qualidade e outra informando que tem o horário ampliado. Há também mais uma com palavras motivacionais e abaixo desta um aparelho para avaliar os serviços do centro de saúde. O CSF Coelce conta com 13 salas, a área adstrita compreende um total de 10.561 usuários, distribuídos em quatro equipes.

Tabela 1 - Divisão por microáreas, número de famílias e usuários

Equipe	Microáreas	Número de Famílias	Número de Usuários
Coelce 01	05	675	2.213
Coelce 02	04	749	2.243
Coelce 03	06	924	3.398
Coelce 04	06	820	2.707
Total Geral	21	3.168	10.561

Fonte: Documento de Territorialização do CSF-Coelce.

Cada área é de responsabilidade de uma equipe de ESF composto por enfermeira ou enfermeiro e de um médico ou médica, auxiliar ou técnico de enfermagem. As equipes Coelce 1 e Coelce 2 também são contempladas com uma Equipe de Saúde Bucal. Os ACS acompanham cada uma das microáreas. Para aumentar o escopo de acompanhamento dos usuários, a unidade de Saúde também conta com uma Equipe de NASF cadastrada e uma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Vale ressaltar que a forma dos vínculos empregatícios dos profissionais é distinta, estão descritos na tabela abaixo:

Tabela 2 - Quantidade de funcionários ativos, função e vínculo empregatício. CSF-Coelce/2018

Cargo/Função	Quantidade	Vínculo Empregatício
Agente Administrativo	06	Celetista
Agente Comunitário de Saúde	21	Estatutário, Estatutário Cedido*
Aux. de Serviços Gerais	04	Celetista
Aux. Saúde Bucal	02	Celetista
Aux. de Enfermagem	05	Celetista
Atendente de Farmácia	01	Celetista
Cirurgião Dentista	03	Contrato
Enfermeiro	05	Contrato por tempo determinado (2), cargo comissionado (3)
Farmacêutico	01	Contrato por tempo determinado
Gerente	01	Cargo comissionado **
Lavadeira	01	Celetista
Médico	03	Mais Médico ***(1), contrato por tempo determinado(2)
Vigilante	04	Celetista
Fisioterapeuta	03	Contrato por tempo determinado(2), Bolsista ****(1)
Psicólogo	02	Contrato por tempo determinado(1), Bolsista(1)
Profissional de Educação Física	01	Contrato por tempo determinado
Assistente Social	01	Contrato por tempo determinado
Nutricionista	02	Contrato por tempo determinado(1), Bolsista(1)

Fonte: Relatório de Territorialização do CSF Coelce referente ao ano de 2017/2018. * Agente Comunitário estatutário do estado, cedido ao município. ** Contrato diferenciado *** Programa Mais Médico. ****Residente em Saúde da Família, bolsistas do Ministério da saúde.

Os registros acima foram construídos a partir das informações contidas no relatório de territorialização 2017/2018. Todavia, algumas categorias/funções estão divergentes do Cadastro Nacional de Serviços de Saúde, assim como outras não constam nesses documentos, tais como: Agente de Endemias, Auxiliar de escritório. Os trabalhadores informaram que isso deve acontecer em virtude do tipo vínculo com a secretaria, acreditam que os profissionais com contratados via institutoⁱ podem divergir nos registros. Desse modo, é importante ressaltar a fragilidade dos vínculos empregatícios e/ou não contínuo de alguns trabalhadores.

Para compreender o cenário, torna-se importante descrever a área física do CSF Coelce. Desse modo, descrevemos de acordo com informações produzidas na observação participante.

O nome do Centro de Saúde da Família é uma homenagem ao médico sobralense Dr. Grijalba Mendes Carneiro, cuja especialidade era cirurgia geral. No entanto, é conhecido

ⁱ Instituto de gestão de saúde. Uma organização social é responsável por terceirização de recursos humanos e compras

pelo nome fantasia CSF Coelce, em virtude de localizar-se nas proximidades da empresa energética de mesmo nome. Foi inaugurado em 2001, para assistir às comunidades do Alto do Cristo, Dom José I e II e Padre Ibiapina. Em 2014, o Alto do Cristo ganhou seu próprio Centro de Saúde, após longo período de luta dos moradores que buscavam melhor acesso.

A última reforma feita no CSF Coelce foi 2016, na qual realizaram pintura das paredes, construção dos acessos a cadeirantes, reforma dos banheiros para cadeirantes, construção do muro ao redor do CSF, entre outros reparos.

Sala de Atividade Coletiva/auditório: Sala grande, climatizada, possui um armário com uma televisão, as cadeiras de plástico, uma pia, duas janelas grandes, dois lixeiros, um balcão. Nessa sala, ocorre o acolhimento e atendimento dos profissionais do NASF, ela fica organizada com dois birôs separados por um biombo formando “ambientes distintos”. Reuniões e grupo de práticas corporais também acontecem nessa sala.

Sala da coordenação: tamanho pequeno, climatizada, um birô com cadeiras, outras duas cadeiras para espera, dois flanelógrafos, dois armários (tipo estante), uma lixeira, duas portas uma com acesso para o hall de entrada do CSF e outra para o SAME.

Consultórios: ao todo são seis salas com estrutura semelhante. Os consultórios 1,2,3 e 4 são destinados para o atendimento dos médicos. Em algumas ocasiões, são utilizados também por outros profissionais, tais como os profissionais do NASF e Residência. Os outros dois são compartilhados entre os quatro enfermeiros. Suas características principais são tamanho pequeno ou médio, climatizadas, possuem uma maca, um armário, uma pia, duas mesas, duas cadeiras, uma janela pequena e um banheiro, fica dividida por um biombo. Essas salas se destinam a atendimentos dos trabalhadores de enfermagem.

SAME: uma sala média com armários, nos quais ficam arquivados os prontuários, tem uma janela grande, a qual permite a circulação do ar e a vista para o jardim interno da unidade, possui também uma mesa grande do tipo escrivaninha com muitas pastas em cima e um computador. São duas portas, uma tem acesso para a sala da gerencia e outra para a recepção.

Consultório odontológico: Sala grande climatizada possui duas cadeiras odontológicas, armários, duas mesas tipo escrivaninha, duas cadeiras, um refrigerador para guardar insumos.

Sala de Curativos: sala de tamanho médio com ventilador de teto possui uma maca, um armário, uma mesa duas cadeiras, uma janela, uma pia para lavar mãos e outra para os pés. Sempre há um técnico ou auxiliar de enfermagem realizando atendimentos nessa sala.

Sala de nebulização: sala de tamanho médio com ventilador de teto, uma janela, uma mesa, duas cadeiras e dois bancos grandes de alvenaria da lateral da sala. Quando há pouco movimento, geralmente, essa sala fica disponível para os profissionais do NASF ou Residência realizarem atendimentos.

Sala de Vacina: sala pequena climatizada, com armário, uma mesa, duas cadeiras, um refrigerador.

Farmácia: Sala grande climatizada com uma janela grande por onde é feito o atendimento dos usuários, recebimentos de receitas e a entrega de medicamentos. A sala possui muitas prateleiras para organizar e guardar os materiais. Tem um refrigerador, uma mesa, duas cadeiras, um computador. Para a organização e acesso à farmácia foi implantado Procedimento Operacional Padrão (POP) desde 2011, e o sistema HORUS para gerenciamento e controle dos medicamentos.

Copa: Sala grande possui uma geladeira, um fogão, um armário, dois filtros, um balcão, duas pias e algumas cadeiras, tem uma porta lateral com acesso para uma área externa, na qual uma funcionária criou um espaço com plantas medicinais.

WC masculino e feminino dos usuários: Há dois banheiros pequenos para os usuários: um masculino e outro feminino. Possuem vaso sanitário e pia. No caso do masculino, só observado externamente.

WC masculino e feminino dos funcionários: Há dois banheiros de tamanho pequeno para os funcionários: um masculino e outro feminino. Esses muitas vezes estão fechados, pois o acesso só é permitido aos funcionários da unidade de saúde. Possuem vaso sanitário, pia e chuveiro.

WC adaptado: Banheiro de tamanho razoável, que possui um vaso sanitário adaptado, pia. As portas tem a dimensão maior para permitir a entrada de cadeiras de rodas, também possui barras laterais nas paredes, para facilitar o apoio dos usuários. As salas de esterilização, expurgo e o almoxarifado não foram visitados.

Agora que conhecemos um pouco da estrutura física, também consideramos importante conhecer a “ÁREA”. O destaque para palavra área é importante, pois pretende trazer o tom e a essência que as pessoas dão ao falar! ... “Porque você sabe como essa área, né? ; “ aqui na área tem de tudo!”; “A população daqui é muito carente, essa área é conflituosa”.

O bairro da Coelce, popularmente conhecido, antes de ser habitado e urbanizado era formado por lotes, com matagal extenso, árvores de grande porte e frutíferas. Alguns desses terrenos eram da prefeitura e outros de propriedade privada. Desse modo, o

desenvolvimento do bairro se deu forma diferenciada. Com a chegada da Companhia de Energia Elétrica-COELCE, na década de 70 e, posteriormente, da fábrica de Cimento Votorantim, houve uma expansão do bairro. Os funcionários das empresas passaram a morar próximo ao trabalho. Então surge a área Pe. Ibiapina, considerada a área nobre do bairro. Ultimamente os moradores têm muitas queixas em relação aos assaltos ocorridos.

Já as áreas Dom José I e II foram as primeiras habitadas. No entanto, a ocupação se deu de forma conflituosa, com perseguição e desavenças entre os moradores e os donos das terras. No ano de 1980 houve um acordo, mediado pela prefeitura, para solucionar os conflitos. Contudo, ainda hoje parte dessa área é conhecida como “*os sem terra*”. São as áreas mais carentes, enfrentam problemas relacionados à violência, desemprego, pobreza. Ainda com grandes desafios era uma comunidade com a vida cotidiana pacata. Das novas quadras do conjunto habitacional, espaço que abrigou famílias oriundas de outros bairros. A atuação de grupos de tráfico de drogas começou a se expandir. O recrutamento de adolescentes como membros das gangues se intensificou. Além da rivalidade entre os grupos que convivem no espaço. A violência expressa por brigas de jovens, ameaças, degradações do ambiente urbano, barulhos na madrugada, vandalismo nos equipamentos urbanos, como praças e em muros de residências, produziu um forte sentimento de insegurança entre os moradores. Em 2014 ocorreram doze assassinatos de adolescentes e jovens do sexo masculino, fato de que deixou famílias e comunidade traumatizadas tornando-os reticentes para agir ou mesmo para exercer seu direito de ir e vir livremente na vizinhança.

Em uma localidade mais distante existe uma comunidade nomeada Logradouro, que também se configura como área adscrita da equipe de saúde da família que acompanha o bairro Dom José II. Famílias de baixíssimo poder aquisitivo e baixa escolaridade vivem com fontes de renda de aposentadoria, agricultura e pecuária de subsistência. Somam-se 19 famílias em aproximadamente 15 domicílios de taipa e alvenaria. Existe rede elétrica em todos os domicílios, no entanto, o saneamento é algo longe de se concretizar.

As residências desprezam os dejetos a céu aberto ou em fossa séptica. A água utilizada por poucos é através da filtração, muitos usam água clorada. No ambiente, registra-se o odor desagradável dos excrementos e do lixo do município aglomerados no aterro sanitário, situado às proximidades dessa comunidade, que realiza queimadas e produz irritação e desconforto respiratório por todos do povoado.

No CSF-Coelce tem uma movimentação diária intensa. Um fluxo de pessoas que entram e saem da unidade. Risos, choros, conversas, às vezes tem até gritaria. Somado a isso

tem o barulho dos carros e motos que passam na avenida. Às terças e quintas ainda é mais movimentado, tem o grupo de dança. As participantes são muito animadas.

O “balcão” está sempre cheio. Os usuários vão pegar as receitas, pedir informações ou saber se tem alguma consulta ou exame marcados. A farmácia também é um lugar onde encontramos muitas pessoas. Nesses dois ambientes é comum acontecer alguns desentendimentos, ou pela falta de medicamento ou porque os prontuários não foram encontrados. Então, é um corre-corre para tentar solucionar as situações. Os usuários são intensos nas suas reivindicações, tem uma frase típica: *“pois eu vou já na rádio, eu vou pro Isaiás!”*. Quando isso acontece é um dia de tensão. Mas têm dias de alegria e de calma, ninguém reclama, aliás, os usuários também elogiam.

O CSF- Coelce é um lugar onde abriga sentimentos, podemos perceber felicidade, angústia, satisfação, medo, ansiedade, amor, responsabilidade, ansiedade, alegria, dor, cura. Sentimentos que fazem parte da vida, portanto, O CSF- Coelce é um território vivo.

Figura 5 - Entrada do CSF-Coelce



Fonte: Elaborado pela autora.

4 MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE: mudanças, conceitos e desafios.

THE HEALTH CARE MODEL: changes, concepts and challenges

RESUMO

Esta pesquisa trata-se de uma revisão da produção científica sobre o as mudanças nos Modelos de Atenção promovidas pela Estratégia saúde da Família (ESF), a qual faz parte do estudo “A Organização das redes de atenção à saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção” do Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará (UECE). O objetivo foi identificar quais as principais mudanças e como elas interferem em cada dimensão do modelo de atenção, a saber: Gerencial, Organizativa e Técnico-Assistencial. Foram encontrados vinte e cinco artigos na Biblioteca Virtual em Saúde em todas as bases de dados que preencheram os critérios de inclusão. Estes foram analisados em três categorias emergentes: Noção de Modelo de Atenção, Principais Mudanças nos Modelos Atribuídas à ESF e Desafios para Mudanças no Modelo de Atenção. Os resultados mostram que apesar da ampliação do acesso aos serviços de saúde, do fortalecimento de vínculo e acolhimento com os usuários, o caráter substitutivo da ESF, ainda é incipiente nas realidades trazidas nos estudos. As mudanças mais significativas contemplam a dimensão técnico-assistencial e os limites mais evidentes situam-se no plano da gerencial. Os desafios da organização dos processos de trabalho, formação profissional, deficiência da estrutura também interferem para a concretude de mudanças e transformações, fortalecendo a hegemonia do modelo biomédico, fragmentado e centrado na doença.

Palavras-chave: Modelo de Atenção. Estratégia Saúde da Família. Revisão Integrativa.

ABSTRACT

This research is a review of the scientific production on the changes in the Models of Attention promoted by the Family Health Strategy (ESF), which is part of the study "The organization of health care networks in Ceará: challenges of universality access and integrity of care "of the Laboratory of Social Security and Social Work of the State

University of Ceará (UECE). The objective was to identify the main changes and how they interfere in each dimension of the care model, namely: Managerial, Organizational and Technical Assistance. Twenty-five articles were found in the Virtual Health Library in all databases that met the inclusion criteria. These were analyzed in three emerging categories: Notion of Attention Model, Major Changes in Models Attributed to the FHT, and Challenges to Changes in the Attention Model. The results show that despite the expansion of access to health services, the strengthening of bonding and acceptance with users, the substitutive character of the ESF is still incipient in the realities brought in in the studies. The most significant changes include the technical-assistance dimension and the most evident limits are in the management plan. The challenges of organizing work processes, professional training, and structural deficiencies also interfere with the concreteness of changes and transformations, strengthening the hegemony of the biomedical model, fragmented and disease-centered.

Keywords: Attention Model. Family Health Strategy. Service model.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 trouxe a saúde como direito de todos e dever do Estado. Segundo Marin et al¹, esse movimento também desencadeou avanços para conceito de saúde existente na época, visto que, os diferentes determinantes e condicionantes presentes foram incorporados no processo saúde-doença.

Dessa forma, Teixeira e Vilasboas² ressaltam que o surgimento do SUS, impulsionado pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), contribuiu para integrar os serviços públicos das diversas instituições, que passaram a ser norteadas pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, além de fortalecer a necessidade de mudança no modelo de atenção.

Para Paim³ (1999), Modelo de Atenção à Saúde é a forma como se organiza as relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários), que podem ser facilitadas por tecnologia (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo objetivo é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

O pensamento do autor vai ao encontro com Teixeira⁴, ao indicar a articulação de três dimensões referente ao modelo de atenção, sendo elas; uma **gerencial** (organização dos serviços de saúde), outra **organizativa** (relação entre as unidades prestadoras de serviços de saúde) e a **técnico-assistencial** (relações entre sujeitos e suas práticas).

Neste contexto, de desejos de reformulação dos serviços de saúde foi concebido, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), ainda que, resgatando uma concepção seletiva, possui potencialidades no que diz respeito à reorganização e operacionalização dos serviços de saúde, buscando superar as iniquidades dentro do sistema⁵. Contudo, posteriormente passou a ser uma estratégia de orientação dos modelos de atenção vigentes no Brasil.

Então, as novas práticas trazidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) possuem como finalidade superar o aspecto focalizador do PSF, buscando uma abordagem integral com a população atendida, além de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde no âmbito territorial⁵.

Diante disso, partindo do interesse em desvelar as modificações – se houveram – no Modelo de Atenção à Saúde nas três dimensões propostas por Teixeira⁴, como também da compreensão da ESF como uma proposta favorável a mudanças nos modelos de atenção vigentes no Brasil. O presente estudo faz parte da pesquisa “Organização das redes de atenção à saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção” do Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Esse recorte tem como objetivo identificar as principais mudanças no Modelo de Atenção à Saúde impulsionadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e como elas ocorrem na dimensão organizacional, gerencial e técnico-assistencial.

MEDOTOLOGIA

A revisão integrativa foi utilizada com vistas a agrupar as informações e síntese de conhecimento da temática proposta, no sentido de buscar evidências científicas no que concernem as principais mudanças no Modelo de Atenção à Saúde assim como elas ocorrem em cada uma das dimensões: Organizacional; Gerencial e Técnico-assistencial.

Para a elaboração desta pesquisa seguiram-se seis etapas trazidas por Mendes, Silveira e Galvão⁶, quais sejam: elaboração, reflexão e consolidação de um pergunta norteadora, busca e seleção dos artigos; consenso das informações a serem extraídas dos artigos; análise crítica dos trabalhos pré-selecionados; discussão dos achados e lacunas e por fim apresentação da revisão integrativa. Compondo ainda essa revisão utilizou-se leituras

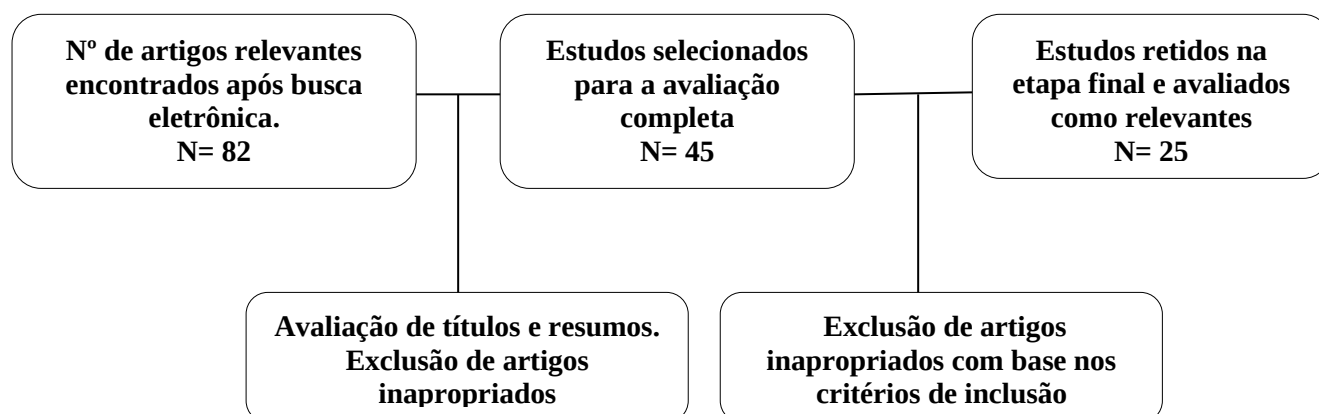
complementares as quais foram fundamentais para a compreensão do tema proposto, a saber : o texto de Teixeira e Vilasboas².

Neste sentido, na primeira etapa foi elaborada a questão norteadora para o estudo: Quais as concepções de modelo de atenção à saúde identificadas em estudos sobre as experiências concretas da Estratégia Saúde da Família (ESF)? E que mudanças ESF vêm promovendo nos modelos de atenção?

Conforme recomendações, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão adotados para a seleção dos estudos. Assim sendo, foram incluídos artigos na íntegra, publicados em português, que tratassem do tema da pesquisa, contivessem as palavras-chave (“modelo de atenção”; “estratégia saúde da família”) e fossem o documento tipo artigo. Os critérios de exclusão foram: artigos incompletos, apenas resumos, trabalhos não disponíveis online e que não traziam abordagem sobre a temática do estudo.

Na etapa seguinte, selecionou-se os artigos por meio de busca de publicações da literatura científica, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sem delimitação de período, utilizando as palavras chave com aspas e o operador booleano “AND”. Para uma melhor análise, as autoras elaboraram dois instrumentos específicos para essa revisão, um quadro sinóptico (para leitura dos resumos e posteriormente dos artigos) contendo título, periódico, autoria, local da pesquisa, metodologia, noção de modelo de atenção, dentre outras informações exigidas pelos instrumentos com o objetivo de organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo. Respeitando o compromisso e ética da pesquisa, esta revisão não apresentou necessidade de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, já que manipula informações e dados de acesso livre, não se tratando, portanto, de documentos que exijam sigilo. As demais questões éticas foram seguidas, na medida em que todos os autores consultados foram devidamente referenciados no texto.

Norteadando-se pelos os passos metodológicos descritos, foram encontradas 82 publicações, das quais, após a leitura de títulos e resumos, 28 não corresponderam à temática e 09 estavam duplicados, portanto, foram excluídos da pesquisa. Os 45 artigos restantes foram submetidos à leitura na íntegra, desse modo, 19 foram rejeitados, restando 25 artigos para a análise final, na Figura1, apresenta-se o processo de levantamento dos artigos.

Figura1 - Fluxograma referente ao processo de seleção dos artigos

Fonte: Elaborado pela autora.

RESULTADOS

A maior parte dos estudos foi publicada entre os anos de 2010 a 2012. Como mostra o Quadro 01 nas especificações de cada um dos estudos selecionados. Um fato que marcou esse período foi uma nova versão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) no ano de 2012, na qual foi realizada a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sob a Portaria nº 2.488. A PNAB foi primeiramente publicada em 28 de março de 2006 sob a portaria nº 648.

Quadro 1 - Relação das publicações que compuseram o estudo de acordo com o código, título, autores, período e local e ano de publicação

Artigos	Títulos	Autores	Periódico	Local de Publicação /Ano
A 1	Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde	NASCIMENTO; NASCIMENTO	Ciência & Saúde Coletiva	Rio de Janeiro 2005
A 2	Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas	SCHERER; MARTINS; RAMOS	Interface - Comunic, Saúde, Educ,	Santa Catarina 2005
A 3	O Trabalho Comunitário do Agente de Saúde	KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI	RevBrasMedFam e Com	Rio de Janeiro 2006
A 4	Formação de recursos humanos para a estratégia saúde da família	CAMELO; ANGERAMI	CiencCuidSaude	Paraná 2008
A 5	A Busca de uma Identidade para o Médico de Família	ROMANO	Physis Revista de Saúde Coletiva	Rio de Janeiro 2008
A 6	Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios enfrentados	MARTINS ET AL	Physis Revista de Saúde Coletiva	Rio de Janeiro 2009

	ao programa de saúde da família			
A 7	Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários	OGATA; MACHADO; CATOIA	Rev. Eletr. Enf.	Goiás 2009
A 8	Extensão de Cobertura ou Reorganização da atenção básica? a trajetória do programa saúde da família em Manaus- AM	SILVA; GARNELO; GIOVANELLA	Saúde e Sociedade	São Paulo 2010
A 9	Acesso restrito e focalizado ao programa saúde da família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos X demanda espontânea	LIMA; ASSIS	Revista Baiana de Saúde Pública	Bahia 2010
A 10	O processo de trabalho em saúde da família no contexto do interior da Amazônia	FARIA et al	CogitareEnferm.	Paraná 2010
A 11	Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil	MENDOZA-SASSI et al.	Cad. Saúde Pública	Rio de Janeiro 2011
A 12	A estratégia de saúde da família na perspectiva do usuário	FRANCO	RevEnferm.UFSM	Rio Grande do Sul 2012
A 13	Desafios contemporâneos à organização da atenção da saúde bucal na Bahia	CHAVES; CRUZ	Revista Baiana de Saúde Pública	Bahia 2012
A 14	Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a Fisioterapia	SOUZA et al	O Mundo da Saúde	São Paulo 2012
A 15	Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe de saúde da família	BORNSTEIN; DAVID	Trab. Educ. Saúde,	Rio de Janeiro 2012
A 16	Acolhimento na estratégia saúde da família: as vozes dos sujeitos do cotidiano	SILVA; PONTES; SILVEIRA	RevEnferm.	Rio de Janeiro 2012
A 17	Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família	OLIVEIRA, PEREIRA	RevBrasEnferm.	Brasília 2013
A 18	Integralidade do Cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal	ACRE; SOUSA	Saúde e Sociedade	São Paulo 2013
A 19	Concepções de saúde e doença apresentadas por uma população atendida pela estratégia saúde da família	SILVA; LEITE	Rev. APS.	Minas Gerais 2014
A 20	Atenção à saúde na estratégia saúde da família: reflexões da perspectiva do usuário com doença crônica não transmissível	SANTOS; NUNES; NOGUEZ;ROESE	Revista Baiana de Saúde Pública	Bahia 2014
A 21	Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ)	MAGNAGO; PIERANTONI	Saúde Debate	Rio de Janeiro 2015
A 22	Aleitamento materno: estudo comparativo sobre o conhecimento e	VASQUEZ; DUMITH;	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.	Recife-PE 2015

	manejo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Modelo Tradicional	SUSIN		
A 23	Modelo de assistência pré-natal no extremo sul do país	POHLMANN et al.	Texto Contexto Enferm,	Santa Catarina 2016
A 24	Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária	NUNES; JUCÁ; VALENTIM	Cad. Saúde Pública	Rio de Janeiro 2017
A 25	Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas	SALCI; MEIRELLES; SILVA	Rev. Latino-Am. Enfermagem	São Paulo 2017

Fonte: Elaborado pela autora.

A análise dos artigos permitiu a construção de categorias empíricas percebidas com base no objetivo da pesquisa. Para a categorização foram seguidos critérios que obedecessem à temática principal abordada; desse modo, as fontes que apresentaram contextos ou ideias similares foram agrupadas segundo as categorias, a saber: Noções de Modelo de Atenção; Principais mudanças relacionadas ao Modelo de Atenção; Desafios para mudança nos Modelos de Atenção.

Noções de Modelo de Atenção

A iniciativa de se buscar um conceito de “Modelo de Atenção” emergiu diante do contexto do debate internacional, o qual fomentava reformas e mudanças nos serviços de saúde, especialmente, sobre a proposta de organização dos Sistemas Locais de Saúde, apoiada pela Organização Panamericana de Saúde nos anos 1980. No Brasil, seguindo a lógica da saúde mais abrangente, a noção sobre “Modelos de Atenção” está relacionada com a criação do PSF que em seguida tornou-se ESF e foi fortalecido pela e PNAB. De modo que, no cenário brasileiro a ESF não se resume a um modelo de contraposição a ideias hegemônicas, mas se trata de um caminho de construções de práticas de saúde mais humanizadas, generalizadas que contemplam os determinantes sociais das doenças⁵. Na mesma direção Oliveira e Pereira⁷ fazem uma reflexão sobre a compreensão de saúde ampliada trazida pela ESF ao centralizar sua atenção para a família e seu ambiente físico e social, favorecendo o efetivo contato com a situação de vida das populações, desse modo, as intervenções perpassam às práticas curativas.

Nos estudos de Martins et al.⁸; Lima e Assis⁹; Magnago e Pierantoni¹⁰; Franco¹¹; Camelo e Angerami¹²; Nascimento e Nascimento¹³; Santos et al.¹⁴; Ogata; Machado e

Catoia¹⁵ foram retomadas as premissas do PSF e os objetivos principais para sua criação. Os autores se baseiam em documentos oficiais para definir o modelo de atenção.

O PSF, criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, surgiu, na qualidade de estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, no sentido de imprimir uma nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecer uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância à saúde, na perspectiva da intersetorialidade (Brasil, 1994).

É conveniente destacar, o estudo de Salci; Meirelles e Silva¹⁶ o qual aborda uma avaliação sobre o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), uma proposta de orientação do cuidado na APS, que vem sendo a referência do Ministério da Saúde para o desenvolvimento das RAS. Embora o estudo dê ênfase ao MACC, diferenciando-se dos demais que enfatizam o PSF e a ESF, a essência da noção de modelo se assemelha aos demais, romper com as práticas do modelo biomédico. O mesmo estudo também aborda a importância do fortalecimento e engajamento da ESF com as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).ⁱ

Diante do exposto, fica evidente a convergência dos estudos ao destacar a ESF como uma iniciativa de romper com o modelo hegemônico, biologicista. Embora não haja uma definição sobre “Modelo de Atenção” em todos os estudos, em síntese pode-se afirmar que nenhum deixou de pontuar o PSF, porém, a maioria deles não aponta um referencial que norteie, de fato, a concepção ou conceito de modelo de atenção. A categoria aqui discutida retrata, muito mais, a descrição das propostas implementadas, em determinado contexto histórico, social e político, em busca de mudanças, do que a apresentação de um referencial que defina “modelo de atenção”. Essa lacuna se justifica, ao se pensar no caráter polissêmico do termo modelo atenção, ora compreendido como modelo assistencial, modelo de cuidado, modelo técnico-assistencial, mas todos com a tarefa de organizar.

Nesse sentido ideia central trazidas nos estudos é reorganizar os serviços de saúde. Diante da leitura dos textos, as informações encontradas evidenciam as variadas tentativas e estratégias de mudanças nas práticas de saúde desenvolvidas no país. Desse modo, torna-se vivo um questionamento: Afinal, estariam esses serviços desorganizados, ou nunca foram efetivamente organizados? De onde parte a reorganização? Certamente, o empenho nessa pesquisa ainda não responderá tais inquietações, mas cabe-nos uma reflexão, é

ⁱ O NASF foi criado com o objetivo de promover uma retaguarda especializada e ampliar o escopo das ações da Atenção Básica. Na atualização da PNAB em 2017, o NASF passa a contemplar não só as equipes de Saúde da Família, como também as de Atenção Básica tradicionais. Desse modo, o nome mudou para Núcleo Ampliado de saúde da Família e atenção Básica (NASF-AB)¹⁷.

importante se pensar na lógica imprevisível do processo de saúde/doença, nas racionalidades médicas imbricadas na concretização de um modelo de saúde, no ciclo da política, na atuação de diversos atores envolvidos que acabam concebendo um conjunto de práticas diversificadas, e por fim, e não menos importante, nas necessidades e desejos das populações e que estes sejam capazes de afetar os processos de organização dos serviços.

Principais Mudanças no Modelo de Atenção atribuídas à ESF

Os modelos de atenção trazidos nos textos como norteadores das práticas de saúde agrupam elementos de diferentes modelos, pois as diversificadas experiências encontradas compartilham tanto ações individuais como para a família e comunidade, além de contemplarem práticas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação por meio de serviços assistenciais (ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico), quanto de vigilância em saúde. Desse modo, foi possível identificar mudanças atribuídas ao modelo de atenção nas três dimensões.

O estudo de Arce e Sousa¹⁸ ao analisar as representações sociais das equipes de saúde da família do Distrito Federal ressalta que houve uma criação de laços e vínculos. O trabalho na lógica da ESF propiciou uma prática de saúde mais ampla, uma aproximação com os problemas das famílias e com a ideia de proteção e busca do bem estar, que só é possível quando realizada além dos muros dos serviços. Assim como este estudo, e também contemplado na dimensão técnico-assistencial, outra pesquisa destaca que a implantação da ESF modificou a atitude de profissionais e usuários do serviço¹⁹.

Os estudos que trazem as vozes dos usuários no que diz respeito à ESF e seus modos de operar^{11,14,15,19} indicam que as principais mudanças apontadas pelos sujeitos das pesquisas são; a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a proximidade das unidades de saúde à comunidade, a facilidade na aquisição de medicamentos. Destaca-se ainda a potência das relações construídas, as incorporam como dimensões sociais, culturais, da produção da vida e da saúde¹⁹.

O estudo sobre o trabalho do agente comunitário de saúde²⁰ ressalta um incremento positivo no grau de satisfação dos usuários, no que se refere ao acesso aos cuidados médicos, informações em saúde, e acrescentam a visita domiciliar. Nesse caso, as mudanças são visualizadas em duas dimensões; gerencial e técnico assistencial. Dando continuidade a estudos, nos quais os sujeitos da pesquisa são os agentes comunitários de saúde²¹, este discute sobre a formação desse profissional. Consideram a ESF como um

ambiente fecundo para ações que tenham suas balizas na integralidade da atenção, fomentando o contexto de vida da população, sendo estes a base do planejamento e da organização das redes e serviços de saúde. Nesse caso, percebe-se a integração das três dimensões.

Dentre os estudos selecionados três deles abordaram a temática da saúde materno-infantil²²⁻²⁴. Todos realizados no Sul do país. Dois com abordagem quantitativa fizeram uma comparação entre os serviços em unidade básicas tradicionais e ESF referente ao manejo do aleitamento materno e atenção pré-natal, respectivamente. Os resultados das comparações mostram que os acompanhamentos a gestantes e puérperas é significativamente superior nos serviços de saúde que operam na lógica da ESF^{23,24}. O outro estudo com abordagem qualitativa realizou entrevistas com as gestantes. Os relatos evidenciaram o predomínio do modelo biomédico nas consultas do pré-natal, e que muitas gestantes sentem-se inibidas em falar sobre as dúvidas que surgem no decorrer do período gestacional. No entanto, reforçaram a importância do grupo de gestantes como um espaço de orientações e, consequentemente, ruptura ao modelo biomédico e procedimental²². No estudo realizado em Manaus, apesar de não tratar da saúde materno-infantil, especificamente, pontua a atuação dos profissionais de forma individualizada, com rotinas preestabelecidas⁵. Esta pesquisa mostra que o PSF não assumiu um caráter substitutivo de unidades de saúde tradicionais, tornando-se um serviço de saúde paralelo à rede de saúde de Manaus. Esse fato reforça a prevalência de condutas, puramente curativistas e procedimentais. Desse modo as rupturas referentes às mudanças na organização dos serviços e no perfil das práticas de saúde ainda são incipientes, frente à dureza do modelo hegemônico. A dimensão que refere mais mudanças é a técnico-assistencial, o plano das relações é mais suscetível a transformações, pois é um cenário munido de ferramentas para o diálogo, mesmo que algumas vezes, reduzido, interfere nas ações de seus protagonistas, é um campo muito fecundo para prática interdisciplinar e para o acolhimento²⁵.

Desafios para as mudanças nos Modelos de Atenção

Historicamente no Brasil, predominam dois modelos de atenção, como afirma (PAIM), o modelo médico hegemônico e o modelo sanitário. Ambos existiam de forma contraditória e complementar entre si. Entretanto, tais modelos não contemplam o princípio da integralidade, como preconiza um dos princípios do SUS, pois, ou são focados em atender

apenas a demanda espontânea, ou em atender necessidades que muitas vezes não se configuram como demandas da população.

Nesse sentido, com a criação do Sistema Único de Saúde a partir da Constituição de 1988, tornou-se necessário pensar novas formas de execução do sistema. Como dito anteriormente, os modelos de saúde proposto pela ESF busca melhorar o estado de saúde da população priorizando ações de promoção, prevenção cura e reabilitação, entretanto alguns desafios surgem como barreiras no processo de reorganização da rede de saúde.

Ainda com o incremento positivo atribuído à ampliação ao acesso aos serviços de saúde, alguns estudos indicam que as transições, demográfica e epidemiológica, assim como as desigualdades sociais e econômicas que são limitações que interferem na qualidade do acesso, na universalidade e integralidade da assistência ¹⁰. A visão segmentada do cuidado presente nas ações de saúde fortalece a abordagem centrada na doença, levando a continuidade do modelo biomédico e rompendo com o princípio da integralidade ²².

Não se percebe nos estudos uma descrença nas potencialidades da ESF. No entanto, as experiências mostram os limites na dimensão gerencial, os processos de trabalho continuam se fundamentando numa lógica curativista, e não se trata de uma realidade de determinados municípios de grande ou pequeno porte, mas de um contexto nacional, o conceito de saúde ainda se restringe às condições biológicas e à ausência de doença, os determinantes sociais são secundarizados ^{26,27}.

Soma-se a essa conservação de práticas puramente clínicas e biomédicas, o desafio de superar os processos formativos cristalizados na formação individualizada e fragmentada, a busca de um modelo direcionado para a integralidade e para as necessidades ampliadas da saúde exige uma formação que incorpore a realidade vivenciada no SUS ²⁸. Nos casos de saúde mental, por exemplo, a ESF cuida da saúde física do usuário, enquanto outros equipamentos são responsáveis pela mental, o quê caminha na contramão dos atributos da ESF ²⁹. Outros elementos também interferem na mudança do modelo, a escassez de recursos humanos, infraestrutura inadequada, falta de insumos e matérias ^{30,31}. Além do financiamento que no atual cenário de desmonte dos direitos, historicamente, conquistados, na seara da saúde, um contexto de subfinanciamento foi potencializado a partir da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congela por 20 anos os investimentos para o setor. Enquanto as mudanças positivas são percebidas na dimensão técnico-assistencial, os maiores desafios emergem da dimensão gerencial, todavia, é importante que o movimento de superação desses limites seja assimilado em todas as dimensões, tanto por seus atores como por suas instâncias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tentativa de consolidação da ESF como estratégia de organização da AB, vem trazendo diversas transformações no processo de trabalho em saúde, as quais repercutiram de forma mais incisiva no lócus da produção cuidado.

Ainda há forte influência dos modelos hegemônicos nas ações desenvolvidas pela ESF, sobretudo, na organização dos serviços de saúde e nos processos de trabalho. Desse modo a ESF vem sendo a proposta que reverbera as principais possibilidades de mudanças, a exemplo da universalização do acesso e ampliação da cobertura, e são de fato, conquistas indiscutíveis. No entanto, ainda não estão capilarizadas por toda rede de atenção. O caráter substitutivo preconizado para a implantação da ESF não é uma realidade vivenciada pelo SUS.

Observa-se a complexidade relacionada ao conceito de modelo de atenção, em virtude da polissemia do termo, o que interfere na concretização das mudanças no modelo de atenção, as quais, por vezes, se encontram num cenário de conservação de práticas hegemônicas, em outros momentos compartilham do desejo de mudança, ou ainda vivenciam um contexto turbulento, no qual conservação e transformação coexistem nas práticas e na realidade dos serviços de saúde.

Contudo, identifica-se potencialidades da ESF enquanto proposta de quebra do paradigma biomédico, principalmente, quando se trata da ampliação do acesso, da proximidade com a comunidade usuária, da incorporação dos NASF (NASF-AB) da Família, do papel do agente comunitário de saúde. E esse movimento é mais percebido no cenário da micropolítica, embora este não seja isento de disputas de interesses, é a seara onde se constrói vínculo, acolhimento, as relações entre os sujeitos, a humanização e corresponsabilização das práticas de saúde e de produção de vida.

Nesse contexto, transformar, mudar ou conservar um modelo de atenção é uma tarefa árdua, pois depende das conjunturas e históricas e políticas do momento. O que reforça o papel transversal das ações macropolíticas nas práticas assistenciais. Não se trata apenas da escolha de um modelo de atenção, mas de ampliar as lentes para os desafios cotidianos enfrentados nos serviços de saúde por todos os seus atores. Inclui-se nesse bojo o distanciamento entre perspectivas teóricas e as atividades práticas, decorrentes de uma formação fragmentada para trabalho no SUS. Desse modo, é imprescindível que as tentativas de implementação de novas propostas de organização contemplem perspectivas de mudanças nas três dimensões estruturantes de um modelo de atenção, organizativa, gerencial e técnico-

assistencial. Recomenda-se ainda, o aprofundamento dessa pesquisa, visto que se limitou às publicações nacionais, as realidades de outros países podem aprimorar a discussão aqui trazida.

REFERÊNCIAS

- 1- MARIN, Maria José Sanches *et al.* Fortalezas e fragilidades do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde tradicionais e da Estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, p.780-788, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a26.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2018.
- 2-TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS A. L. Q. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Med Book. 2014. Pag. 287-302.
- 4-TEIXEIRA CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, 27(65): 257-277, 2003.
- 5-MENDES KDS, SILVEIRA RCP, GALVÃO CM. Revisão Integrativa: Método De Pesquisa Para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.
- 6-SILVA, Nair Chase da; GARNELO, Luiza; GIOVANELLA, Ligia. Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p.592-604, 2010.
- 7-OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**, p.158-164, 2013.
- 8-MARTINS, Poliana Cardoso et al. Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde:: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p.679-694, 2009.
- 9-LIMA, Wilza Carla Mota Brito; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Acesso restrito e focalizado ao programa saúde da família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p.439-449, 31 mar. 2011.
- 10-MAGNAGO, C., PIERANTONI, C.R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **SAÚDE DEBATE** | Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 9-17, JAN-MAR 2015
- 11-FRANCO, Elaine Cristina Dias. A Estratégia de Saúde da Família na perspectiva do usuário. **Rev. Enferm. UFSM**, Rio Grande do Sul, p.49-58, 2012.

12-CAMELO, Silvia Helena Henriques; ANGERAMI, Emília Luigi Saporiti. Formação de Recursos Humanos para a Estratégia de Saúde da Família. **Cienc. Cuid. Saúde**, Paraná, p.45-52, 2008.

13-NASCIMENTO, Maristella Santos; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família:: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2005.

14-SANTOS, P. *et al.* Atenção à saúde na estratégia saúde da família: reflexões da perspectiva do usuário com doença crônica não transmissível. **Rev. baiana saúde pública** / jul.-set. 2014.

15-OGATA, Márcia Niituma; MACHADO, Maria Lúcia Teixeira; CATOIA, Erika Aparecida. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção:: representações sociais dos usuários. **Rev. Eletr. Enf. [internet]**, Goiás, p.820-829, 2009.

16-SALCI, M.A., MEIRELLES, B.H.S., SILVA, D.M.G.V. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2017.

17- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Parecer Abrasco para consulta pública sobre a PNAB 2017. Disponível em: www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/parecer-abrasco-para-consulta-publica-sobre-pnab/29951/. Acesso em: 29/11/2018.

18-ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; SOUSA, Maria Fátima de. Integralidade do Cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p.109-123, 2013.

19-SILVA, Maria Rocineide Ferreira da; PONTES, Ricardo José Soares; SILVEIRA, Lia Carneiro. Acolhimento da Estratégia Saúde da Família: as vozes dos sujeitos do cotidiano. **Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, p.784-788, 2012.

20-KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p.23-29, 2006.

21-BORNSTEIN, Vera Joana; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Contribuições da formação técnica do Agente Comunitário de Saúde para o desenvolvimento do trabalho da Equipe Saúde da Família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.107-128, 2014.

22-POHLMANN, F.C., *et al.* Modelo de assistência pré-natal no extremo sul do país. **Texto Contexto Enferm**, 2016; 25(1).

23-VASQUEZ, J., DUMITH, S.C., SUSIN, L.R.O. Aleitamento materno: estudo comparativo sobre o conhecimento e o manejo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Modelo Tradicional. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, 15 (2): 181-192 abr. / jun., 2015.

24-MENDOZA-SASSI, Raul A. *et al.* Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p.787-796, abr. 2011.

- 25-SOUZA, Marcio Costa de et al. Integralidade na atenção à saúde:: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, p.452-460, 2012.
- 26.FARIA, Iana Bárbara Ramalho et al. O processo de trabalho em Saúde da Família no contexto do interior da Amazônia. **Cogitare Enferm.**, p.231-237, 2010.
- 27.SILVA, Karina Maia da; LEITE, Simone Paiva. Concepções de saúde e doença apresentadas por uma população atendida pela Estratégia Saúde da Família. **Rev. Aps**, Minas Gerais, p. 345-354, 2014.
- 28.NUNES, Mônica; JUCÁ, Vlândia Jamile; VALENTIM, Carla Pedra Branca. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família:: confl uências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.2375-2384, out. 2007.
- 29.ROMANO, Valéria Ferreira. A Busca de uma Identidade para o Médico de Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p.13-25, 2008.
- 30.CHAVES, Sônia Cristina Lima; CRUZ, Denise Nogueira. Desafios contemporâneos à organização da atenção em saúde bucal. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, 2012.
- 31.SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; MARINO, Selma Regina Andrade; RAMOS, Flávia Regina Souza. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde:: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Santa Catarina, v. 9, n. 16, p.53-66, 2005.

5 O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO: um olhar para as dimensões gerencial e organizativa

RESUMO

O objetivo do estudo foi descrever o modelo de atenção de um município de médio porte do nordeste do Brasil, na perspectiva das dimensões gerencial e organizativa. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, na qual foram entrevistados quinze trabalhadores em saúde e quinze usuários do serviço de saúde. As informações foram produzidas por meio de observação participante, anotações em diário de campo e entrevistas semiestruturadas. Utilizou-se o software NVivo10 para processar as informações e estas foram analisadas segundo a hermenêutica de Gadamer. Desse modo, emergiram três categorias analíticas; As concepções sobre o modelo de atenção vigente; Tecnologias leves: estratégia, ferramenta ou modelo de atenção?; Momento de co-gestão: a roda girou...deixou de girar! Os resultados mostram que a Estratégia Saúde da Família norteia as ações de produção, coordenação e gestão do cuidado no município, porém outras propostas também foram implantadas para reorganizar os atendimentos das condições crônicas, como o Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Fragilidades no método da roda, nos processos formativos, nos vínculos empregatícios e na permanência de condutas arraigadas ao modelo biomédico são alguns desafios que ainda precisam ser superados.

Palavras-chave: Atenção à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Gestão em Saúde

ABSTRACT

The objective of the study was to describe the care model in a city in the northeast Brazil, from the perspective of managerial and organizational dimensions. This is a qualitative research, in which fifteen health workers and fifteen health service users were interviewed. The information was made through participant observation, field notes and semi-structured interviews. The software NVivo10 was used to process the information and these were analyzed by the Gadamer's hermeneutics. Three analytical categories emerged; The conceptions about the current care model; Light technologies: strategy, model or health attention? Moment of co-management: the wheel spun ... stopped spinning! The findings showed that the production, coordination and management are direct by the Family Health

Strategy, also chronic conditions has a new one guideline, like a Chronic Conditions Care Model. The Wheel Method, the training processes, the vices of employment and the permanence of conduct rooted in the biomedical model are some challenges that still have to be overcome.

Palavras-chave: Health Care. Family Health Strategy. Health Management

INTRODUÇÃO

As ações desenvolvidas na perspectiva da produção da saúde, certamente, são operacionalizadas e organizadas por modelos de atenção.

A organização dos processos de trabalho, dos serviços por meio da gestão e administração dos recursos financeiros, materiais e humanos, são considerados finalidades dos modelos de atenção á saúde (TESTA, 1993). Nessa perspectiva, os modelos produzem uma ação individual ou coletiva, o qual desencadeia o funcionamento de uma instituição.

O interesse em definir e conceituar “modelo de atenção” surgiu no contexto do debate internacional sobre reformas do sistema de saúde, especialmente com a proposta de organização dos Sistemas Locais de Saúde, nos anos 80. No Brasil, este debate deu lugar à elaboração de várias definições, baseadas em enfoques teórico-conceituais distintos (TEIXEIRA, VILASBOAS, 2014).

Para Paim (2002), Modelos de atenção, assistenciais ou modos de intervenção em saúde são diferentes arranjos tecnológicos, que compreendem diversas finalidades, como resolver problemas e atender necessidades de saúde, em determinada realidade e população adstrita (indivíduos, grupos, ou comunidades), organizar serviços de saúde ou intervir em situações, em função do perfil epidemiológico e da investigação dos danos e riscos à saúde.

Para Campos (1994), modelo assistencial, modelo tecnológico ou modalidade assistencial não deve ser entendido apenas como o desenho organizacional e técnico dos serviços, mas inclui o modo como são produzidas as ações assistenciais e como o Estado se organiza para dar conta deste processo.

Teixeira e Vilasboas (2014) destacam dois modelos constituídos em resposta a pressões e decisões políticas no século XX. Para auxiliar a compreensão dos objetivos do estudo, considera-se importante fazer uma breve explanação sobre esses modelos

hegemônicos e vigentes no período da RSB: o modelo médico-assistencial e o modelo sanitaria.

O modelo médico-assistencial tem suas raízes na Medicina Liberal. Esse modelo passou a ser considerado como “privatizante” ou “privatista”, em decorrência de grande parte da rede assistencial ser composta, na época, por serviços privados, contratados e conveniados. Apesar de muitas discussões e negociações que apontavam para uma mudança, transformação ou conservação, o modelo de atenção médico-assistencial hospitalocêntrico tem suas heranças ainda muito presentes no SUS².

O outro modelo hegemônico, conhecido como “sanitaria”, teve desempenho primordial no desenvolvimento de algumas ações de controle sanitário no decorrer da história brasileira. Um dos principais eixos de ação dessa proposta são as “campanhas sanitárias”, as quais continuam exercendo um importante papel, principalmente no que diz respeito à imunização da população. As ações executadas por esse modelo se evidenciam em programas verticais, de caráter pontual – indo de acordo com as características epidemiológicas da doença ou agravo que se pretende erradicar e/ou controlar (TEIXEIRA, VILASBOAS, 2014).

Admitindo-se uma visão ampliada e sistêmica sobre modelos de atenção à saúde, pode-se incluir até três dimensões: uma gerencial, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das áreas e serviços; uma dimensão organizativa, que envolve as relações entre as unidades de prestação de serviços; e a dimensão técnico-assistencial, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre as práticas e seus objetos de trabalho, relações estas intercedidas pelo saber e pela tecnologia que operam o processo de trabalho em saúde (TEIXEIRA, 2002).

Em 2015, com base nessa perspectiva de organização do sistema e serviços de saúde, A secretaria de saúde de Sobral vivenciou um processo de transformação, o qual desencadeou grandes desafios para os trabalhadores da APS, como exemplo, a escolha do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) como proposta para à adoção de novas práticas, do reconhecimento da população usuária por estratos de risco, da organização do serviço de saúde de forma a assistir adequadamente, de forma continuada e resolutiva às condições crônicas (CUNHA, 2016).

Decorridos três anos desde a implantação desta experiência no município, o objetivo do estudo é descrever o modelo de atenção à saúde que norteia as práticas de produção do cuidado na APS em Sobral/CE e quais as mudanças ocorridas ao longo desse período. Esse artigo contemplou as dimensões gerencial e organizativa.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa realizada no município de médio porte do nordeste do Brasil, situado na região norte do estado do Ceará a cerca de 240 km da capital Fortaleza, tendo como cenário o Centro de Saúde da Família (CSF), o qual é considerado modelo em relação aos demais centros de saúde e como participantes do estudo trabalhadores e usuários de CSF. Foram entrevistados 15 trabalhadores e 15 usuários, totalizando 30 entrevistados. O momento prático do estudo foi desenvolvido no período entre março e junho de 2018. Para produção das informações utilizou-se a entrevista semiestruturada com observação participante.

As informações foram processadas no software NVivo-10. Para a análise do material produzido utilizou-se a hermenêutica de Gadamer. As categorias que emergiram nos resultados foram, primeiramente, organizadas em um Nó central, o qual se denominou “Modelo de Atenção”. A partir das demais informações encontradas nas entrevistas o Nóⁱ central foi subdividido em dois subnós, denominados Cogestão e Organização do Modelo de Atenção. Os subnós agruparam temas relacionados às mudanças no modelo de gestão participativa e a utilização de novas ações e estratégias com ênfase para o uso das tecnologias leves. Desse modo, as categorias empíricas contemplaram as temáticas dos subnós e foram intituladas de: As concepções sobre o modelo de atenção vigente; Tecnologias leves: estratégia, ferramenta ou modelo de atenção?; Momento de co-gestão: a roda girou...deixou de girar! Os participantes foram identificados ao longo do texto pelo nome Trabalhador Usuário, seguindo uma sequência numérica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Modelo de Atenção à Saúde de Sobral: as vozes dos trabalhadores e usuários

Compreendemos que o debate sobre os modelos de atenção à saúde permeia propostas distintas. Teixeira e Vilasboas (2014) sistematizam as características dessas propostas, dentre as quais evidenciam dois deles como hegemônicos, quais sejam: o modelo

ⁱ Os “nós” agrupam o conteúdo de uma pesquisa. Reúnem informações descritivas do texto, possibilitando a identificação de tendências. Neste trabalho os “nós” são fragmentos de textos. Ou seja, excertos das entrevistas, os quais foram organizados de acordo com as temáticas.

médico-assistencial hospitalocêntrico e o modelo sanitarista. Acrescentam, ainda, algumas propostas de mudança aos modelos de atenção elaborados nas últimas três décadas, tais como: a proposta dos distritos sanitários; a oferta organizada/ações programáticas de saúde; a vigilância da saúde; o acolhimento/clínica ampliada; e a saúde da família. Dentro desse conjunto pode ser incluída a proposta do MACC, acolhida pelo Ministério da Saúde (MS) para organização da demanda das condições crônicas (MENDES, 2012).

Desde a implantação do Programa Saúde da Família em Sobral ocorrida em 1997, a estratégia prioritária para reorientação do modelo de atenção à saúde, é a ESF. Considerada a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, buscando desenvolver um trabalho baseado da clínica ampliada, vínculo e acolhimento. Em 2015, foi realizada uma oficina com os trabalhadores, em especial, os da Atenção Primária à Saúde para dialogar sobre a necessidade de mudança no modelo de atenção do município. A oficina foi intitulada “Modelo de Atenção à Saúde de Sobral: construindo uma nova etapa”, no qual a SMSS indica o MACC como o novo modelo de atenção. Desse modo tornou-se essencial disparar um diálogo sobre as novas propostas de organização e quais as principais mudanças nos processos de trabalho.

Mudança, sempre teve! Eu digo que Sobral chegou onde chegou quando os Ferreira Gomes assumiram. Eles já vieram para mudar, então ele segue todos os protocolos do MS (Trabalhador 1).

A fala do trabalhador 1 demonstra, além da essência bairristaⁱ, que Sobral sempre vivenciou contextos de significativas mudanças, principalmente, na seara da saúde. Indica que a gestão municipal busca estar atualizada com os protocolos do MS. Ainda sobre as propostas de mudanças, outras falas identificaram algumas mudanças que foram emblemáticas nos processos de trabalho e na práxis dos trabalhadores.

Mas eu acho que a gente pode estar falando da estratificação de risco que a gente tem o controle, como a gente tem grupos específicos com a estratificação (Trabalhador 5)

A estratificação é para saber se eles tem outros tipos doença crônica, têm pressão, alta têm colesterol tem problema de coração, na hora que eles marcam consulta pro cardiologista se precisar, aí já deixa tudo encaminhado é um cuidado maior com essas pessoas (Trabalhador 13)

Para Mendes (2011), a estratificação de risco, é central para que o sistema de saúde seja classificado como integrado. Nesse sentido, o autor fundamenta que a estratificação da população em subpopulações, proporciona a identificação e ao registro de

ⁱ Aquele que defende com entusiasmo os interesses da sua terra. Característica muito marcante nos sobralenses

peessoas com as necessidades semelhantes, que por sua vez permite a construção de um padrão de condutas referentes a cada grupo, a partir das diretrizes clínicas.

Em Sobral, a estratificação de risco, se aplica as condições crônicas e auxilia no itinerário, referência e contra-referência do usuário aos demais pontos de atenção. Já as condições agudas na APS, têm sido utilizado o documento Acolhimento à Demanda Espontânea, da série Cadernos de Atenção Básica número 28.

Contudo, identificou-se que os trabalhadores ainda estão se familiarizando com a proposta. Uns confundem a estratificação de risco e a classificação de risco, outros associam à condição de vulnerabilidade dos territórios e outros, ainda, não sabem explicar, exatamente quais as mudanças ocorridas. A partir dos registros em diário de campo, observou-se que um único trabalhador mencionou uma opinião condizente com a proposta da estratificação de risco, situando com base nas etapas de implementação do MACC, proposta escolhida pela SMSS para o manejo das condições crônicas e apresentada, inclusive no plano de saúde do município.

Quanto ao acolhimento, este é feito em duas etapas. Participam desse momento, médicos, enfermeiros, agentes de saúde e, por vezes, profissionais do NASF. Por exemplo, no início da manhã de 07:00h às 08:00h cada equipe faz o acolhimento da sua área de abrangência, a partir das 08:00h inicia a segunda etapa, na qual um profissional de enfermagem fica responsável para acolher a demanda espontânea. As demais equipes vão atender as demandas programadas (puericultura, pré-natal, pacientes hipertensos, diabéticos, prevenção). Diferente dos achados nos estudo de Oliveira (2015), nos quais o vínculo entre a equipe e os usuários têm se fragilizado, da valorização da agenda da demanda espontânea em detrimento das ações programáticas, que permitem uma aproximação maior com o usuário. Em sobral as equipes tentam contemplar as duas propostas.

Importante ressaltar que os participantes-trabalhadores afirmam que as mudanças ocorridas são repassadas para todos no momento das Rodas. No entanto, esse espaço tem sido pouco valorizado, essa discussão será tratada em outra categoria, mas é importante destacar que a fragilidade na co-gestão e na corresponsabilização comprometem o envolvimento de trabalhadores e usuários nas tomadas de decisão, as quais tornam-se frutos de processos com pouca horizontalidade, daí o fato de não reconhecerem as mudanças como uma reorientação das práticas de trabalho:

Pra mim não mudou nada, a gente faz tudo igual, Agora só tem mais uma coisa pra gente fazer (Trabalhador 9)

Eu acho que esse novo modelo é muito de dar nome aos bois sabe? Eu falo até para equipe, são ações que a gente fazia, mas talvez fizesse sem ter embasamento algum (Trabalhador 7).

As evidências encontradas apontam que provavelmente os espaços formativos voltados para essa temática foram e são incipientes para que os trabalhadores reconheçam a proposta que está sendo compartilhada para nortear os processos de trabalho e produção do cuidado. Embora, tragam em suas falas elementos que se aproximam das características do MACC.

Diante das falas, propõem-se dois pontos para discussão que se considera importantes, um se trata das práticas desenvolvidas para a concretude do modelo de atenção, o outro diz respeito à receptividade dos trabalhadores frente às mudanças propostas. Partindo para o primeiro ponto, cabe refletir, quais os desafios para implementação de um modelo de atenção.

Para Pinheiro e Luz (1999), existem duas importantes dificuldades para materialização de um modelo ideal. A primeira diz respeito às condições institucionais, materiais e informacionais necessárias para que os objetivos dos modelos sejam alcançados. A outra é dada pelo desencontro desses mesmos objetivos com as práticas realizadas para alcança-los.

A observação participante permitiu algumas impressões, que são convergentes com as ideias das autoras supracitadas. As ações, estratégias e tecnologias sugeridas pela proposta de organização do processo de trabalho em Sobral (MACC) são desempenhadas por diversos atores (gestores, trabalhadores e usuários), o que acaba gerando, no sentido de dar existência, um conjunto heterogêneo de práticas. Ao que parece cada trabalhador estabelece sua linha de fugaⁱ para desatar os nós criados tanto nas relações quanto nas racionalidades.

Quanto à receptividade das mudanças é um fator que desperta insatisfação nos trabalhadores, eles afirmam que essas “novidades” resultam na descontinuidade do processo de trabalho, a nova proposta requer um maior número de protocolos, números e dados para o sistema.

A partir do momento que a gente trabalha com metas eu tenho que cumprir, eu posso acabar abrindo mão de uma escuta mais qualificada né?! Isso não é culpa do profissional, é porque eu preciso cumprir aquilo (Trabalhador 7)
É aquilo que eu te falei, dados, eu me sinto um banco de dados (Trabalhador 13)

ⁱ Vetores de desorganização ou de desterritorialização; fugir é entendido em dois sentidos: perder a estagnidade ou a clausura; esquivar e escapar. Fugir não consiste em sair da situação para ir embora, mudar de vida, evadir-se; implica, obrigatoriamente, uma redistribuição dos possíveis que desembocam numa transformação ao menos parcial, improgramável, ligada à imprevisível criação de novos espaços-tempos, de agenciamentos institucionais inéditos; fazer fugir algo, fazer fugir um sistema (DELEUZE; PARNET, 1998).

Para os trabalhadores houve um retrocesso devido ao acúmulo de procedimentos e metas que devem ser cumpridos. O estudo de Oliveira (2015) realizado em Fortaleza aponta que após a mudança do modelo de atenção, a perspectiva médico-assistencial passou a ser centrada na doença e não no sujeito. Além disso, o estudo também aponta insatisfação dos trabalhadores pela forma que as mudanças são impostas. Esse direcionamento despotencializa a lógica da promoção da saúde, além de conceber prerrogativas para uma produção de cuidado fragmentada (FITIPALDI, 2015).

Nesse cenário de mudanças e transformações, esses questionamentos também foram feitos aos usuários do serviço. A primeira mudança percebida foi a ampliação do horário de funcionamento do CSF, para os usuários a comunidade ganhou, pois as pessoas que trabalham durante o dia podem ir a unidade de saúde a partir das 17:00, além de que se sentirem alguma intercorrência existe a possibilidade de ser resolvido tudo na própria unidade de saúde sem a necessidade de deslocamento para outro serviço distante do bairro. Criação das Academias de Saúde e reformas das unidades de saúde também são mencionadas pelos usuários.

Ademais, as outras percepções convergem com as falas dos trabalhadores. Os usuários apontam que não houve mudança, quando se trata das ações desenvolvidas, tudo continua do mesmo do mesmo jeito. Ressaltam a dificuldade na marcação das consultas com especialistas e exames.

Dentro dessa análise, apreendeu-se que a visão de modelo de atenção no discurso dos trabalhadores apareceu como o cumprimento de protocolos do MS e das contribuições de cada categoria profissional.

[...] existe todos os protocolos, por exemplo, na unidade as meninas têm que fazer pré-natal elas tem que seguir todos os protocolos do MS né? Que o ministério da saúde preconiza que a gente faça (Trabalhador 11)

Pela fala dos trabalhadores ficou clara a (des)compreensão acerca da questão “modelo de atenção”, sendo esse um achado que emergiu como um elemento central na observação participante e nas anotações em do diário de campo. A identificação do modelo de atenção no município foi uma tarefa percebida muito mais na imersão no cenário do que na fala nos trabalhadores.

Tecnologias leves: estratégia, ferramenta ou modelo de atenção?

Mendes-Gonçalves (1994) tece uma análise crítica ao reducionismo dado, pelo pensamento contemporâneo, ao termo tecnologia. Para o autor, tecnologia não se resume ao um conjunto de instrumentais materiais do trabalho. Ela se configura como elemento constituinte do processo de trabalho em saúde e incorpora elementos do “saber”, assim como seus desdobramentos não-materiais e materiais na produção do cuidado nos serviços de saúde. Para Merhy (2014) há um senso comum de que tecnologia refere-se ao um conjunto de máquinas que utilizadas nas ações e intervenção com os pacientes. Essa visão pode dificultar a compreensão quando se trata do processo de trabalho em saúde. O mesmo autor considera que há uma tecnologia menos dura do que aparelhos e maquinários. Ele classifica as tecnologias em três aspectos leve, leve-dura e dura, as quais referem-se as relações; aos saberes estruturados, tais como teorias e protocolos e aos recursos materiais respectivamente.

No Município de Sobral, em virtude da implementação do MACC, as tecnologias leves estão sendo fortalecidas e se inserem no contexto da saúde de forma mais fidedigna, com a finalidade de aprimorar as ações estabelecidas pelo modelo, ressaltando que essas tecnologias estão presentes, principalmente na APS, desde a implantação da ESF (CUNHA, 2016).

Na pesquisa os trabalhadores ressaltaram o papel das tecnologias leves enquanto espaço de organização e concretude das ações de cuidado com os usuários:

Eu entendo como uma tentativa de organização das demandas, organização do serviço, eu entendo como essa tentativa de organizar os fluxos. (Trabalhador 7)

A tecnologia leve foi algo nos ensinou como trabalhar de uma forma diferenciada, muito embora, seja um estudo que você tem que se aprofundar, porque são quatro tipos se eu não me engano para que a gente possa estar diferenciando, organizando e inserir aqueles pacientes com os mesmos objetivos e os mesmos perfis para atingirem resultados próximos do esperado (Trabalhador 5)

Ao olharmos com atenção para as falas, percebe-se que para esses entrevistados a tecnologia leve é tida como algo bem concreto, estruturado e com etapas de procedimento. Desse modo, fomos instigados a perguntar qual a concepção dos trabalhadores sobre essa tecnologia. . Para tanto, na nossa análise consideramos que a tecnologia leve se dá no encontro entre duas ou mais pessoas, no qual se permite a intersubjetividade, se produz acolhida, confiabilidade, responsabilização, afetos e afeições, relações de vínculo e aceitação (MERHY, 2014).

Os trabalhadores apresentaram concepções diversificadas sobre a tecnologia leve. Representada como o novo modelo de atenção:

Então esse modelo a gente enxerga visivelmente que ele é muito diferente de um modelo de atenção de 20 anos atrás, então essa proposta dessas tecnologias leves para trabalhar tem sido a partir disso, para trabalhar com esses perfis crônicos (Trabalhador 5)

Esse discurso aponta para as diferenças entre a ESF, implantada no município em 1997, que concentrava sua atenção na pessoa saudável e no coletivo (ANDRADE, JÚNIOR, 1999) e a atual proposta, na qual a atenção é voltada para as condições de saúde das pessoas, para o indivíduo no contexto familiar e comunitário. O que não deixa de ser uma abordagem coletiva. Outra característica do modelo saúde da família diz respeito ao incentivo da participação da comunidade, e da garantia da autonomia das equipes nas ações de planejamento em nível local das áreas descentralizadas de saúde (ANDRADE, JÚNIOR, 1999). No atual modelo a ênfase é para a promoção da co-gestão e participação comunitária. Esse aspecto é interessante pela sua contradição, já que os momentos destinados para esse objetivo foram minimizados nas agendas das equipes. Essa temática será discutida mais adiante.

Outras concepções trazem a tecnologia leve como estratégias, algo que é realizado para facilitar o atendimento e aprimorar o atendimento com os usuários.

São estratégias que a gente usa diariamente, o grupo operativo a gente utiliza, no atendimento que a gente faz a gente utiliza, numa abordagem com o usuário, a gente utiliza o cuidado apoiado toda hora, e você compartilhar o saber com o usuário né? (Trabalhador 2)

Dentro dessa análise, apreendemos que a visão dos trabalhadores acerca das tecnologias leves, se distancia do conceito trazido pelo autor, assim como do entendimento de outros autores a respeito das mesmas. O trabalho pautado nas tecnologias leves, tais como o acolhimento, autonomia, vínculo entre os sujeitos e a corresponsabilidade, faz com que ocorra uma aproximação com a subjetividade do outro, conseqüentemente, promove uma abertura de tal forma que viabiliza sua inclusão na gestão do seu cuidado (JORGE, et al, 2010).

As tecnologias leves contemplam um caráter, puramente, relacional, Se isto não ocorre o que se verifica é uma repetição de velhas formas de agir, sob novos nomes, por exemplo, quando Acolhimento passa a ser triagem, o Vínculo torna-se um elemento administrativo, e o acompanhamento de Projetos Terapêuticos ocorre por meio de protocolos, baseado em procedimentos exclusivamente (FRANCO, MEHRY, 2201).

Já os participantes-trabalhadores não citam o elemento relacional da tecnologia leve, inclusive, indicam que são cinco tecnologias leves implantadas no serviço e que passaram a ser realizadas com maior frequência após o direcionamento do cuidado para as condições crônicas. No entanto, algumas ainda precisam de estrutura para ser realizadas com

êxito. Discorrem, ainda, que tiveram uma oficina formativa, na qual foi demonstrado como proceder em cada tecnologia. Assim, os trabalhadores apontam que:

Eu tive a formação, quando eu tive, um dos meus colegas já tinha tido aí já foi repassado por que sempre vai entrando e vai saindo gente. E sempre quando vai ter mudança, nova seleção também é repassado para as pessoas que estão chegando que é algo novo para eles, é algo bem novo (Trabalhador 2)

Teve uma consultoria, a referência do autor é o Vilaça, então é o que norteia as tecnologias (Trabalhador 4)

Uma das autoras deste artigo participou de uma oficina sobre as tecnologias promovida por uma consultoria contratada pela gestão municipal. A formação teve etapas teóricas e práticas. Para cada tecnologia foram direcionados os questionamentos: *O que é?* ; *Por quê?* ; *Para quem?* ; *Como?* e *Quando?*. Desse modo, foram discutidas as tecnologias: Atenção Contínua, Atenção Compartilhada em Grupo, Plano de Cuidados Individualizado, Autocuidado Apoiado e Grupo Operativo (Documento da Consultoria, 2015).

Ainda, segundo as falas dos trabalhadores da APS, as tecnologias leves mais utilizadas, são os grupos operativos e autocuidado apoiado. Para entendermos melhor como funcionam essas tecnologias, buscamos nos estudos de Pichon-Rivière (2000), os elementos que caracterizam o grupo operativo(GO) e quais suas interfaces com a “tecnologia leve”.

Atualmente, temos uma crescente utilização do termo grupo operativo nas áreas de atuação do psicólogo, do profissional de educação física, do enfermeiro e de outros profissionais, especialmente na área da saúde.

O GO é uma técnica não-diretiva, que transforma uma situação de grupo em um campo de investigação-ativa(PICHON-RIVIÈRE, 2000). Para isso, a função do coordenador é promover uma interação comunicativa entre os integrantes, a fim de que o grupo seja operativo, isto é, consiga ir além dos obstáculos na execução da tarefa. Segundo Van Acker (2008) e Esbrogeo (2008) a técnica do grupo operativo tem suas balizas na dimensão psicossocial do sujeito e de suas possibilidades de aprendizagem, é utilizado como uma tecnologia com intuito de desenvolver no grupo a construção de um pensamento crítico, conhecimento e de ações transformadoras, tudo isso gerido pelo grupo.

Zimmerman (1999) classifica os grupos em dois tipos: grupos psicoterapêuticos e grupos operativos. Para o autor, a finalidade dos grupos operativos é “operar” em uma determinada tarefa, a aprendizagem, e contemplam quatro subtipos: ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos.

Houve uma oportunidade de participar de um GO, durante o período da pesquisa. O grupo estava sendo realizado com usuários com sobrepeso, a intenção era abordar temas

relacionados à alimentação saudável, atividade física entre outros de interesse do grupo. Participaram mais de um profissional, um preenchia os protocolos de e-sus e outro conduzia o grupo. Percebeu-se que os facilitadores do grupo compartilham a condução do processo, não há uma definição de papéis fixos (coordenador e observador) (BASTOS, 2010). Outro aspecto interessante foi o vínculo, o acolhimento e as relações construídas no grupo. Os trabalhadores ao apresentarem essa atividade grupal, sempre frisavam que ela deve ter início, meio e fim. Após alcançados os objetivos definidos pelo grupo a atividade se encerra.

Destaca-se, diante desse contexto, que os grupos operativos realizados no município de Sobral, não correspondem, ao GO de Pichon-Rivière. No entanto, guardam similitudes no que diz respeito ao fato de serem direcionados, de modo geral e em diferentes contextos, para a aprendizagem, mas utilizando minimamente os componentes teóricos e tampouco a técnica pichoniana.

No que se refere ao autocuidado apoiado, as bases de suas relações com a atenção profissional, estão dispostas do Modelo da Pirâmide de Ricos¹. A ideia trazida por Mendes (2012) é que o autocuidado apoiado promove um empoderamento aos usuários no que diz respeito à sua condição de saúde. O apoio é significativo e não se configura como desresponsabilização dos profissionais. O autor entende que esse cuidado vai variar com a estratificação de risco das condições crônicas, as de menores riscos podem ter sua atenção centrada no autocuidado apoiado, não necessitando de uma atenção profissional constante.

Compreende-se que o debate aqui trazido em torno das tecnologias leves permeia concepções distintas entre sua teoria e as falas dos trabalhadores. Entendemos que, de fato, o processo de trabalho na APS de Sobral é norteado pelo uso de algumas tecnologias, no entanto, as características dessas tecnologias se assemelham ao que Merhy (2014) chama de tecnologia leve-dura, e não à tecnologia leve. A tecnologia leve-dura está associada ao saber da clínica do médico, do farmacêutico, da enfermagem ou da psicologia, ou seja, entendemos que facilitar e organizar um grupo operativo, por exemplo, requer um saber estruturado não tão duro como um aparelho ou uma ferramenta, mas que exige um conhecimento apropriado para executar todas as etapas previstas no grupo. Salientamos ainda, que a tecnologia leve, a qual se produz no encontro, no trabalho vivo em ato pode e deve fazer parte desse processo de cuidado, a exemplo, do GO realizado no CSF.

¹ O MPR se assenta, fortemente, na estratificação dos riscos da população o que, por sua vez, define as estratégias de intervenção em autocuidado e em cuidado profissional. Por sua vez, o cuidado profissional, em função dos riscos, define a tecnologia de gestão da clínica a ser utilizada. (MENDES, 2012).

É importante frisar que as tecnologias leves, embora não correspondam, às ações relatadas pelos trabalhadores, elas não deixam de ser realizadas pelos mesmos. Destacamos ainda, que elas se configuram como um elemento importante para a efetivação do cuidado exercido pela APS, como indicam as falas dos usuários:

Eu tive um problema com a minha filha, sabe? Aí eu conversei com a [...], ela me escutou em tudo, eu me senti aliviada, ele é ótima pra escutar a gente (Usuário 1)

Aquela [...] é muito bom se consultar com ela, a gente fala tudo que está sentindo, conversa, pode faltar remédio, mas a gente conversou (Usuário 9)

Aqui do servente acima, me ajuda, conversa dar aquela atenção, sabe?(Usuário 5)

Acredita-se que há um fosso entre, os processos de trabalho, a formação profissional e a educação permanente, o qual pode ter sido aprofundado pela diminuição, ou mesmo, a extinção dos momentos de co-gestão. Nesse sentido, é importante pensar como os processos de Educação Permanente têm sido incorporados aos processos de trabalho na APS?

Momentos de co-gestão: a roda girou... deixou de girar!

O Método da Roda ou Método Paidéia, é um espaço para o exercício da co-gestão, propõe a construção de processos de democratização das relações de poder, de organização de coletivos, de processos de trabalho constituindo, simultaneamente, possibilidades de ensino-aprendizagem, tomada de decisões, produção de saúde, de sujeitos e de desejos(2000).

Desde agosto de 2001, o sistema de saúde de Sobral faz uso desta metodologia de organização e de trabalho. Assim, até 2016 cada CSF realizava uma roda, todas as quintas-feiras no turno da tarde (13:00h-17:00h), que reunia seus trabalhadores e sua gerência. No início do ano de 2017, a gestão da secretaria de saúde do município, seguindo uma nova lógica de organização estabeleceu que as Rodas do CSF's ocorressem uma vez por mês, exatamente, na terceira quinta- feira.

Antes da imersão no cenário da pesquisa, tive acesso a essa informação, da mudança das “Rodas”, por meio das redes sociais como Facebook e Instragram. Alguns trabalhadores do município expressaram suas insatisfações diante da situação. Vale ressaltar que a maioria dos comentários foi de profissionais que estavam em processo formativo, como Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), os quais não possuem vínculos empregatícios diretos com o município. As mensagens lamentavam o fim dos momentos de co-gestão; *“valha!”* , *“ como assim?”* ; *“ um verdadeiro retrocesso”*; *a lógica medicamentosa”*; *“ a lógica dos números , resultados..”* *“não deixa Gestão!”*

Desse modo, questionar sobre essa mudança tornou-se imperativo para compreender sua interferência, ou não, nos processos de produção de cuidado. Os depoimentos dos participantes explicam como estão acontecendo esses momentos, e como estão constituindo o modelo de atenção do município:

Nós estranhamos muito quando a gestão fez essa mudança, mas a gente se adaptou, aí hoje acontece o GD né? No caso é o gerenciamento diárioⁱ que é para acontecer todo dia, mas nem todo dia nós temos informes para discutir e a demanda acaba que puxando também. Aí a gente faz o GD's de duas três vezes por semana, que ali 20 minutinhos que é o Método Leanⁱⁱ, não sei se você conhece aí faz aquele momento rápido, de escuta e fala contemplativa para todos aqueles profissionais que estão ali, e a Roda acontece na terceira quinta-feira do mês e se houver necessidade, por exemplo, no mês de março nós tivemos três rodas né? Mas ela não deixa de acontecer com profissionais que apoiam a roda, aí trabalha naquela condição terapêutica, questão administrativa e informativa. (Trabalhador 5)

A nossa gerente disse que o secretário que colocou esse GD, ele disse que a pessoa funciona mais em 20 ou 15 minutos, do que passar a tarde todinha, quatro horas. (Trabalhador 11).

As respostas de alguns dos participantes trazem a concepção de que a mesma coexiste com outro modelo de organização, e ainda funciona, embora que uma vez no mês. Porém, outros depoimentos, em menor número, consideram que a Roda foi substituída pelo GD, e que ela não acontece como uma proposta democrática, as rodas mensais são dedicadas às demandas da secretaria, a processos educativos como o qualifica Apsus, o qual necessita de um tempo maior para ser compartilhado com as equipes de trabalho.

Tem um GD, que também não tá acontecendo né? Colocaram GD no lugar da roda, para não tirar um dia na semana para acontecer a roda. Fala ali 15 a 20 minutinhos. Eu acho que é uma perda, assim, tirar uma roda porque já era uma evolução de Sobral este momento, e aí tiraram porque querem priorizar aos usuários porque a prioridade são eles” (Trabalhador 3)

Não! Não tem mais Roda. Foi uma perda, a gente conseguia alinhar muitas coisas nessas rodas e não é o simples fato de ser cogestão, era terapêutico também para os profissionais, era o momento pra gente não só resolver as questões administrativas resolviam questões pessoais também, eu acho que foi um espaço muito rico que a gente perdeu. (Trabalhador 7)

Para Campos (2007), as Rodas são espaços coletivos referem-se a espaços concretos (de lugar e tempo) destinados à comunicação (escuta e circulação de informações

ⁱ Gerenciamento Diário é o processo contínuo para garantir que o trabalho esteja sendo feito do modo certo e no tempo certo para que se possa alcançar o sucesso do negócio conforme definido pela estratégia da empresa (LUZES, 2013).

ⁱⁱ O termo lean (do inglês, enxuto) foi escolhido para descrever o método que a Toyota implementou em sua linha de produção no final da década de 1980. A metodologia busca reduzir o desperdício de recursos e, por isso, tudo o que não estiver agregando valor ao produto ou serviço deve ser removido do processo — pois representa um custo que pode ser evitado, como desperdício de tempo, de materiais, de mão de obra e de outros recursos (LUZES, 2013).

sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e tomada de decisão (prioridades, projetos e contratos). Neles os atores sociais expressam seus desejos e interesses, confrontando-os entre si e com a realidade, para que desses processos de luta/negociação surjam contratos potentes para orientar a produção de bens ou serviços.

No entanto, a maioria dos participantes demonstra que o atual modelo é melhor do que as Rodas da quinta-feira. Além das falas, gestos espontâneos e descontraídos foram observados durante as entrevistas. Ao serem indagados sobre o funcionamento da Roda, antes de começarem a desenvolver suas respostas, alguns sussurraram frases do tipo; “ainda bem que acabou”, “graças a Deus não tem mais” realizaram sinal da Cruz, os gestos foram confirmados com as falas seguintes:

Assim, antes era mais cansativo, porque toda semana tinha, hoje tá melhor porque contempla tudo em um momento, e não fica muito aquele negócio de fazer dinâmica E aí muito tempo para discutir um determinado assunto. Agora não, é discutir isso aqui acabou, a meta vai ser essa, é trabalho mesmo que eu vejo, que eu acho que tá melhor (Trabalhador 4)

A Roda uma vez no mês tá suficiente porque pega o todo, porque às vezes tinha roda toda quinta-feira e não tinha nem tanto assunto era repetitivo, eu saía daquela área tinha outras coisas para resolver e não resolvia porque ficava aquela tarde toda ali agora eu tô achando até melhor, tem GD de todo dia ela passa aquela informaçõzinha que a gente necessita saber, uma vez no mês tem a Roda Grande (Trabalhador 10)

O caráter administrativo realizado de modo rápido e objetivo torna-se menos cansativo para trabalhadores, já que o espaço da Roda perdeu sua dimensão política, democrática e terapêutica. O imperativo da lógica administrativa despotencializa o desenvolvimento de atitudes de co-gestão política e de desejos de mudanças nos processos de trabalho, fato que favorece a preferência do gerenciamento diário quando comparado a Roda. Esses achados convergem com um estudo realizado, no mesmo município, por Ponte (2013), o qual ressalta o desestímulo dos trabalhadores em participar da Roda, em virtude de motivos semelhantes aos citados acima.

É importante que haja um entendimento contínuo de que o movimento que estrutura a Roda é construído no cotidiano, faz parte de um território vivo e dinâmico, não é algo dado. No entanto, assumir um modelo gerencial hegemônico é uma tarefa bem mais fácil e simples.

Nesse sentido, pensar em gestão de coletivos é ultrapassar o plano da produção de bens e serviços, e estabelecer uma implicação efetiva com as dimensões pedagógica e terapêutica. Um lugar no qual o gerar e o gerir se completem, ou seja, ao mesmo tempo em

que se produz também se aprende, onde há diálogo, criação e subjetividade, onde há a produção de saúde, da instituição democratizada, mas também há a produção de sujeitos.

Os depoimentos dos participantes trazem a compreensão de que a Roda, só existe no nome, e se transformou em reuniões com traços de uma gestão participativa, porém muito distante de sua concepção inicial, tornou-se um momento de repasse de informes e cobranças administrativas, além de provocar sentimentos de angústia e sofrimento mental dos trabalhadores.

A Roda agora é só uma vez ao mês, eu vou ser muito sincera com você eu não gosto de roda, tem que ser sincera né? Eu não gosto de roda nunca gostei, eu tinha pavor da roda, eu vinha para roda porque tinha que vir, porque é o meu trabalho, mas eu não gosto de me apresentar em público tenho pavor.
(Trabalhador 6)

Tá melhor agora, porque você sabe qual é o princípio da roda né? A roda ela tem que rodar! E na roda era muito confuso, tinha mais era picuinha, rolando, falando de fulano... para mim não resolvia, cansei de sair da roda! Roda precisa rodar, assim não é a roda que eu quero. (Trabalhador 9)

O GD de 20 minutinhos é bem melhor. É melhor do que aquela que passar uma tarde todinha aqui dentro, tu sair com a cabeça confusa, passar a tarde todinha aqui sentado numa sala e ainda sair com raiva. (Trabalhador 10)

A partir desses depoimentos, alguns ruídos e estalos capturaram algumas lembranças: Foram quinze anos da utilização da Roda como o dispositivo de apoio para a organização dos serviços no município, lembrei-me, também, das declarações de descontentamento nas redes sociais, em decorrência do “fim das Rodas”, nesse sentido, nos interessamos em descobrir se havia tido algum momento em que o Método da Roda, trouxe algo de bom para os trabalhadores. As respostas sobre esse questionamento foram semelhantes

Quer saber de uma coisa? Sabe quando ela era boa? Quando tinha os aniversariantes do mês, quando tinha alguma brincadeira que era roda de terapêutica (Trabalhador 10)

Agora no dia que a Roda era terapêutica eu achava ela boa, aí era o momento que tava todo mundo reunido e é o momento que você pode também ter o seu desabafo é o momento que você tá com alguma coisa e você fala”. (Trabalhador 14)

O Método da Roda busca produzir efeito em quatro planos: um político-social, funcionando como um espaço de construção, pactuação de deliberação política, no qual há interações de disputa de poder e construção de planos e projetos; o subjetivo, favorecendo meios para a análise institucional; o pedagógico, contemplando possibilidades da educação permanente e por último gerencial operando no cotidiano nos processo de trabalho.

Para Campos(2003) o ‘Fator Paidéia’, por meio do Método de apoio institucional da Roda, pensa a co-gestão de coletivos não somente no sentido de produção política, analítica e administrativa, mas também com função pedagógica e ‘terapêutica’. O autor destaca que a função terapêutica produz uma subjetividade que ultrapassa o processo de cura e reabilitação.

No contexto de Sobral, o momento terapêutico é realizado com alguma dinâmica de grupo, ou é a comemoração de uma data especial, embora os relatos demonstrem o “sentimento de falta” da “roda terapêutica”, em algumas participações na Roda durante a imersão no cenário da pesquisa, pude observar que muitos trabalhadores não participaram da dinâmica proposta pela Tutoraⁱ do território. Além de comentários foram ditos no momento; “vai começara besteira”; “vou nada”, “vou ficar aqui sentada”, “Aff”! (Diário de Campo). Esses achados confluem com estudo de Ponte (2013) em que os sujeitos demonstram não gostar das dinâmicas. Seguimos na exploração deste território nos questionando: Mas afinal, será um defeito na engrenagem da terapêutica?

Percebe-se que a Roda, torna-se leve, agradável, quando qualquer um dos planos é capaz de produzir uma consequência terapêutica. Segundo Campos (2007), o resultado terapêutico não é exatamente um eixo, refere-se á produção de satisfação do poder exercido, do envolvimento com gestão cotidiana de nossas vidas, inclusive no trabalho.

Efeito Paidéia seria o processo subjetivo e social onde as pessoas ampliam suas capacidades de compreensão de outros, de si mesmas, e de contextos, aumentando a capacidade de agir. Advém de uma postura metodológica que compreende o método e ativa a função Paidéia, na busca da reformulação dos tradicionais mecanismos de gestão. Parte do pressuposto que as funções de gestão partem de sujeitos com distintos graus de poder e saber. Porém com o potencial para o trabalho compartilhado que permite aumento da autonomia e implicação dos sujeitos (CAMPOS, 2003).

Ainda na linha de que a roda se tornou uma reunião longa, cansativa e repetitiva, com poucas oportunidades para construir objetivos conjuntos, distanciando-se do poder terapêutico destacamos uma fala que traduz a necessidade dos trabalhadores em fazer parte, em ser sujeito proativo do processo de trabalho:

Não é vir da secretaria e vir já tudo pronto, aliás, às vezes até eu falo a secretaria manda pronto, senta com a gente fala nas reuniões, nas rodas, aí pergunta a nossa

ⁱ Tutor do Território, pertence ao Sistema de Saúde Escola, além de acompanhar os residentes em saúde da família, fica diariamente presente no território, apoiando dessa forma também as equipes de Saúde da Família, os profissionais dos NASF, acadêmicos, lideranças comunitárias, usuários, entre outros atores do território, além de facilitar a articulação intersetorial (SOBRAL, 2013).

opinião. Quando a gente vai da nossa opinião. A secretaria, não; não é assim não. Então porque pediram , quando a gente vai da nossa opinião , eles já não concordam! (Trabalhador 13)

Salienta-se que durante o período de imersão no campo da pesquisa, houve oportunidade de participação nas rodas e nos GD's. Claramente, percebe-se que são momentos estritamente gerenciais, os quais timidamente acontecem uma co-gestão do coletivo, a potência restringe-se ao repasse de informes, modelos e agendas fechadas que devem ser cumpridos em cada território. Há certo tumulto, desconforto com as proposições repassadas, mas que são incipientes para a construção de propostas geradas pela própria equipe. Quanto ao GD é uma lembrança diária das metas, dos preenchimentos e entregas de formulários, dúvidas são esclarecidas no momento, e apresentadas alguma agenda nova que venha a surgir no decorrer da semana. Não há envolvimento na Roda, ela está estática, sem embalo, o principal movimento é descobrir de qual maneira as demandas da secretaria serão efetivadas, as posturas reflexiva e participativa estão invisibilizadas. (Diário de Campo)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema de saúde brasileiro encontra-se em um processo de transformação, uma disputa entre velhos e novos modos de agir, numa tentativa de consolidar o SUS com base nos seus princípios e diretrizes e romper com o modelo dominante, nesse estudo destacado como o modelo biomédico. Uma das estratégias operacionais para essa consolidação é a ESF.

Diante da realidade do município de Sobral-Ce, é notório o papel que essa estratégia tem ocupado. Percebemos esse cenário como um locus favorável para o exercício da democracia e fortalecimento da promoção da saúde. No entanto, ainda demonstra algumas práticas cristalizadas no modelo biomédico.

As discussões apresentadas neste estudo em relação ao modelo de atenção no município parecem estar consonantes com o momento histórico social e epidemiológico de mudanças que perpassam a sociedade contemporânea, o que nos propõe uma reflexão, a depender do olhar de cada ator social que participa dessa transformação: A implementação de novas propostas de mudanças, realmente, trazem mudanças ou transformações?

É importante destacar que a ESF norteia as ações de produção, coordenação do cuidado no município, muito embora, a SSMS tenha aderido à proposta do MACC para orientar a organização dos atendimentos as condições crônicas, as duas propostas coexistem.

Ao tratar das dimensões gerencial e organizativa, na primeira percebemos uma reformulação nas práticas de saúde adotadas pelo município, a utilização de novos protocolos,

a estratificação de risco, propostas de novas tecnologias para o acompanhamento de usuários com condições crônicas com vistas à organização da demanda espontânea, porém alguns desafios ainda precisam ser superados, a exemplo da desarmonia entre os processos formativos e as práticas exercidas, os trabalhadores não se apropriam dos conhecimentos teóricos conceituados que norteiam suas ações. Destacamos a fragilidade da gestão compartilhada, o que repercute numa implicação incipiente nos processos de trabalho, somado a esse elemento elencamos a precarização dos vínculos empregatícios, e grande rotatividade de profissionais o que dificulta a construção de vínculos e continuidades de experiências exitosas desenvolvidas nas unidades de saúde.

Na dimensão organizativa, compreendemos que a APS exerce seu papel de porta de entrada e ordenadora do sistema de saúde. Uma contribuição importante para essa dimensão constatada na fala dos usuários foi o horário ampliado de atendimento no CSF, muito embora, as observações tenham mostrado contradições, pois essa extensão configura-se como um plantão das 17:00h às 19:00h priorizando os casos de urgência. Contudo, é uma iniciativa que está sendo bem aceita pela comunidade possibilitando uma ampliação da oferta dos serviços. Outro elemento importante foi a informatização de central de marcação, qual vem contribuindo para a diminuição do tempo de espera para a marcação de consultas, uma das principais fragilidades apontadas pelos usuários e trabalhadores.

Diante dessas considerações, evidenciamos que mesmo a ESF sendo a proposta central de orientação das ações e estratégias da atenção primária, ainda encontra enormes desafios para superar a cristalização de modelos hegemônicos arraigados às condutas profissionais curativas e fragmentadas. No entanto, a coexistência de duas propostas de reorganização tem provocado a ressignificação da práxis dos trabalhadores, na tentativa, ainda que muito tímida de reinventar os modos de produzir cuidado, acima de tudo de cuidar de vidas.

REFERÊNCIAS

Bastos, A. B. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. *Psicólogo informação*, v. 14, n. 14, p. 160-169, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 679-697, fev. 2007.

CAMPOS, GW. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.** São Paulo-SP: HUCITEC, 2000.

Campos GWS. Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: Elementos para Debate. In: Campos GWS. *Planejamento sem normas*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 53-60.

CUNHA, C.G. **Competências para o Gerenciamento na Estratégia Saúde da Família de Sobral.** [Dissertação] 232f. Universidade Estadual Vale do Acaraú-Uva Centro de Ciências da Saúde Mestrado Profissional em Saúde da Família, 2016.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. Diálogos. Tradução: Eloisa Araújo Ribeiro. São Paulo: Escuta, 1998.

Esbrogeo, M. C. (2008). *Avaliação da Orientação Profissional em grupo: O papel da informação no desenvolvimento da maturidade para a escolha da carreira*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

FITTIPALDI, A. L.; ROMANO, V. F.; BARROS, D. C. Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 76-87, jan./mar. 2015.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro-RJ, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun., 1999.

GADAMER HG. A extensão da questão da verdade à compreensão nas ciências do espírito: verdade e método. Petrópolis: Vozes; 1997.

Gonçalves RBM. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, jul. 2011.

Luzes CSA. Implementação da Filosofia Lean na Gestão dos Serviços de Saúde: O Caso Português. 94f. Dissertação. (Mestrado em Gestão das Organizações) Instituto politécnico do Porto, 2013.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Merhy EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

OLIVEIRA, B.N. **Ações da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva das Redes de Atenção à Saúde: um estudo avaliativo.** Dissertação [mestrado acadêmico] 194f, Programa de Pós Graduação em saúde Coletiva-Universidade Estadual do Ceará, 2015.

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: PAIM, J. S. (Org.) **Saúde: política e reforma sanitária.** Salvador: Cooptec, ISC, 2002. p. 367-381

Pichon-Rivière, E. (2000a). *O processo grupal.* São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1983).

Pinheiro R.; Luz TM. Modelos ideais x práticas eficazes. Rio de janeiro, 1999, v1. P12-34huetec.

PONTE, H. M. S. **Do dispositivo ao instituído:** O Método da Roda em Sobral-CE promove a Co-Gestão de Coletivos? 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – PPGSC/UECE, Fortaleza, 2013.

SOBRAL. Comissão de Residências Multiprofissionais e em Área da Saúde, **Regimento interno das Residências Multiprofissionais e em Área da Saúde de Sobral-CE.** Regimento nº 01, de 17 de abril de 2013.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS A. L. Q. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Med Book. 2014. Pag. 287-302.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 18, n. supl., p. 153-162, 2002.

TESTA, M. *Pensamento estratégico e a lógica da programação.* O caso da saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

Van Acker, M. T. V. (2008) *A reflexão e a prática docente: Considerações a partir de uma pesquisa-ação.* Tese de Doutorado, Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Zimmerman, D. E. (1999). Classificação geral dos grupos. In D. E. Zimmerman, & L. C. Osório, *Como trabalhamos com grupos.* Porto Alegre: Artmed.

6 A MULTIDIMENSIONALIDADE DO CUIDADO: concepções de trabalhadores e usuários do SUS

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi compreender as concepções de cuidado que norteiam as práticas dos trabalhadores da Atenção primária em município de médio porte do nordeste do Brasil. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, na qual foram utilizadas entrevista semiestruturada e a observação participante, além de um diário campo como apoio pra a produção das informações empíricas. Para a análise a hermenêutica fundamentada em Gadamer, as informações foram processadas no software QRS Nvivo que auxiliou na organização das categorias analíticas. Os resultados foram discutidos em três temáticas, a dimensão procedimental do cuidado: o monitoramento da vida e o saber técnico; cuidar: um olhar para o lugar do outro; cuidado de si: cuidamos um do outro. Percebemos a multidimensionalidade do cuidado, ele transita entre os saber técnico, dos procedimentos e da busca por diagnósticos como também é um dispositivo de vínculo, autonomia e acolhimento.

Palavras-chave : Cuidado em saúde. Modelo de atenção. Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT

The objective of this work was to understand the conceptions of care that guide the practices of primary care workers in a medium-sized municipality in northeastern Brazil. It is a research with a qualitative approach, in which semi-structured interview and participant observation were used, as well as a daily field as support for the production of empirical information. In order to analyze the hermeneutics based on Gadamer, the information was processed in the software QRS Nvivo that helped in the organization of the analytical categories. The results were discussed in three themes, the procedural dimension of care: the monitoring of life and technical knowledge; caring: a look at the other's place; caring for each other: we take care of each other. We perceive the multidimensionality of the care, it transits between the technical knowledge, the procedures and the search for diagnoses as it is also a device of bond, autonomy and reception.

Keywords: Health Care. Health Care Model. Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

Ao se tratar de cuidado em saúde ou cuidados com saúde, normalmente, atribui-se a esta expressão um sentido, ou podemos dizer por senso comum, que é um conjunto de técnicas e procedimentos que são realizados para o alcance do êxito satisfatório para determinado tratamento (AYRES, 2009).

A etimologia da palavra cuidado origina-se na palavra latina *cogitatus*, cujo significado é refletido, meditado e pensado. Já na língua portuguesa significa zelo, inquietação, desvelo, atenção especial e preocupação que se dedica a alguém ou a algo (pessoa ou objeto). Contudo a ideia de cuidado há muitas décadas, se identifica com as ações profissionais direcionadas a atenção à saúde.

Desse modo, o conceito de cuidado é transversal às questões de saúde e doença sendo, também um termo polissêmico. Na seara da saúde indica um objeto com várias facetas, fonte de múltiplos discursos, ultrapassando os recortes disciplinares da ciência (ALMEIDA FILHO, 2000).

O empreendimento de ações especializadas de cuidado desenvolvidas na seara da saúde tem sido mais atentamente discutido e desenvolve-se como área de pesquisa. Sendo enfatizadas àquelas que destacam ao modelo biomédico, em que o ato de cuidar está, prioritariamente, imbricado ao sentido de busca de diagnósticos, tratamento e prevenção de doenças, e tem como pilares o conhecimento construído no campo técnico-científico (CAMPOS, BEDRIKOW, 2014). Em decorrência disto, existe uma forte crítica ao percurso construído no campo da clínica, em busca de novas estratégias para a atenção às necessidades dos sujeitos.

Ayres,(2011) em uma abordagem filosófica do cuidado traz uma importante discussão no sentido de compreender as bases teóricas e epistemológicas de algumas tendências emergentes atuais, que surgem como novos discursos no campo da saúde pública, mundialmente e nacionalmente, a saber: a promoção de saúde, a vigilância à saúde, a saúde da família, a redução de vulnerabilidades, entre outros.

No Brasil, essas tendências convergem com algumas propostas de mudanças nos modelos de atenção, as quais foram sendo elaboradas desde os movimentos da Reforma Sanitária Brasileira, tais como: a proposta dos distritos sanitários; a vigilância da saúde; a oferta organizada/ações programáticas de saúde; o acolhimento/clínica ampliada; e a saúde da família (TEIXEIRA, VILASBOAS, 2014).

Essas propostas orientam a organização, os processos de trabalho, as práticas de saúde e o cuidado com os usuários dos serviços. Elas podem trazer transformações nas três dimensões do modelo de atenção, organizativa, gerencial e técnico-assistencial. Neste artigo, a ênfase se direciona para a dimensão técnico-assistencial esta diz respeito às relações que são construídas, na operacionalidade do processo de trabalho, podendo acontecer em diversos planos, prevenção, promoção, recuperação e reabilitação. Os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho são os principais atores nessa dimensão (TEIXEIRA, 2006).

Desse modo, tem-se como objetivo compreender as concepções de cuidado que norteiam as ações e práticas dos trabalhadores da Atenção Primária à saúde em um município de médio porte do nordeste do Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, fundamentada na perspectiva crítico-interpretativa de Gadamer (1997), a qual pode expressar, traduzir ou interpretar as informações empíricas produzidas.

A pesquisa foi realizada em no município de Sobral, situado na região norte do estado do Ceará a cerca de 240 km da capital Fortaleza, tendo como cenário um Centro de Saúde da Família (CSF), o qual é considerado modelo em relação aos demais centros de saúde e como participantes do estudo trabalhadores e usuários do CSF. Foram entrevistados 15 trabalhadores e 15 usuários, totalizando 30 entrevistados. O trabalho de campo do estudo foi desenvolvido no período entre março e junho de 2018. Para produção das informações utilizou-se a entrevista semiestruturada, a observação participante com anotações em diário de campo.

Na análise das informações produzidas utilizamos a hermenêutica de Gadamer, uma vez que esta permite a construção e reconstrução da realidade por meio da interpretação e confronto da multiplicidade de olhares dos sujeitos do estudo, favorecendo uma articulação entre o referencial teórico, as informações empíricas obtidas nas entrevistas e as observações.

As informações foram processadas no software QRS NVivo-10 possibilitando a organização das informações em categorias centrais. Os resultados apresentaram três temáticas que abordaram o cuidado desempenhado na APS de Sobral, a saber: a dimensão procedimental do cuidado: o monitoramento da vida e o saber técnico; cuidar: um olhar para o lugar do outro; cuidado de si: cuidamos um do outro. Os participantes foram identificados ao longo do texto pelas letras T(Trabalhador) e U(Usuário), seguindo uma sequência numérica.

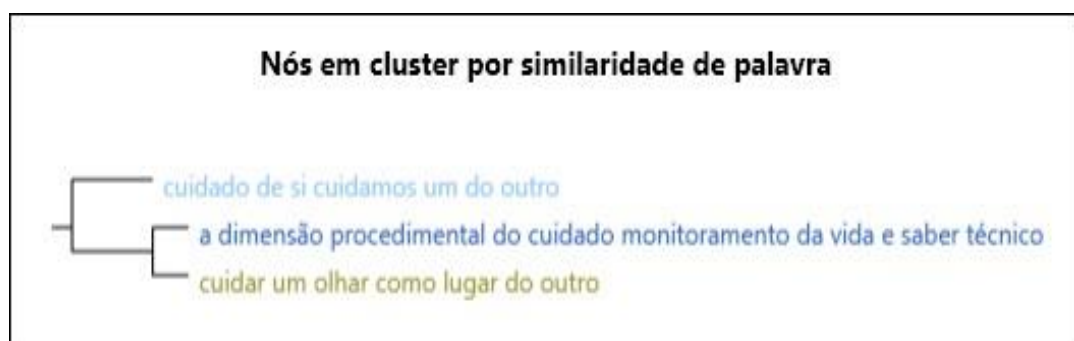
A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, nº de CAAE 36453414.0.0000.5534.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2015, com finalidade de organização do sistema e serviços de saúde, a Secretaria de Saúde de Sobral escolheu o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) como proposta para atenção e cuidado aos usuários do sistema, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). O MACC propõe a adoção de novas práticas, do reconhecimento da população usuária por estratos de risco, da organização do serviço de saúde de forma a assistir adequadamente, de forma continuada e resolutiva as condições crônicas. As ações de cuidado na APS de Sobral passaram a ser norteadas com bases nas características do MACC.

Desse modo, diante do contexto de mudanças referente à redefinição da proposta de cuidado adotada pelo município; categoria “Cuidado” foi compreendida em três dimensões: A dimensão procedimental do cuidado: monitoramento da vida; Cuidar : um olhar para o lugar do outro; O cuidado de si: cuidamos um do outro. Essa distribuição explica a multidimensionalidade do cuidado e suas relações com cada uma das temáticas.

Ressaltamos que a há uma aproximação das subcategorias pelas similaridades de elementos que as compõe, nesse sentido, percebemos que a categoria “cuidado de si: cuidamos um do outro” está totalmente imbricada com as demais, como mostra a Figura1.



Fonte: Elaborado pela autora com auxílio do software QRS NVivo 10.

Dimensão Procedimental do Cuidado: monitoramento da vida e o saber técnico

Identificamos a caracterização do tema Cuidado como uma prática que contempla conhecimentos produzidos no campo da saúde sejam eles conceituais ou tecnológicos. Alguns

trabalhadores percebem, claramente, que a nova proposta de organização trouxe mudanças efetivas nos modos de cuidar. Não se tratando de algo a mais a ser incorporado à rotina de trabalho. São novas atribuições que requerem do trabalhador uma maior implicação e reflexão sobre os processos em que estão inseridos. Será necessário abrir mão de tudo que era feito antes? É possível que os protocolos deem conta de tudo? Que outras ferramentas os trabalhadores têm tirado das suas valises? A fala do trabalhador 7 indica a concepção apresentada:

Aqui tá completamente procedimental, 101% nós percebemos essa mudança. Inclusive eu penso assim: valha-me Deus quase a gente não tem mais vínculo porque a gente faz uma consulta que não é demorada, a gente não conversa tanto a gente fica muito técnico embora a gente seja educado a gente sorrir, mas a gente não tira mais aquela prosinha, a gente não faz mais aquele genograma (T7)

Percebe-se ainda a intenção de se imprimir um olhar diferenciado para o usuário. Contudo o olhar, na verdade, é direcionado para a técnica. A necessidade do usuário é atendida no tempo e momento certo, sem preocupação com a longitudinalidade. As falas dos trabalhadores 1 e 5 apresentam essa concepção.

Chega uma criança com diarreia, você tem que ter um olhar para aquela criança né? Ela está com diarreia tá gripadinha, vomitando. Aí você pergunta e esse vômito é tudo que ela comeu é só porque tosse. Aí você vai olhar o sinal da Pele na barriguinha, vai olhar a boquinha se tem umidade vai olhar o olhinho se tá fundo. A gente pega na barriguinha se tiver com a pele toda enrugadinha a gente chama o sinal da prega (T1)

É uma prática que contemple a necessidade dele naquele momento né, que seja na escuta ou no cuidado mesmo, no procedimento. O usuário sai satisfeito (T5)

Percebe-se que a os trabalhadores consideram o cuidado um conjunto de procedimentos orientados pela ciência e pela técnica, com a finalidade de ter um bom êxito ao final de cada atendimento ou consulta, somado a isso ainda cumprir com as exigências dos protocolos e alcance dos indicadores. Em nossa observação no cenário da pesquisa ficou clara a preocupação dos trabalhadores em atingir as metas pactuadas com a gestão, além de tentar ser o mais resolutivo o possível com o usuário.

Nós estamos no momento de muita pressão para alcançar os indicadores, é para estarem os dois casados, a parte mais humana, no entanto a gente trabalha com muita pressão, um tempo mais curto porque são mais coisas para dar conta e aí a gente acaba não fazendo algo tão bem feito por que a gente tem dar conta dos os números, entende? (T4)

A fala do trabalhador 4, nos mostra que há um desejo em romper com uma postura biomédica, fragmentada. Porém pela quantidade de atribuições as necessidades de saúde acabam sendo reduzidas a problemas de saúde, distanciam-se da lógica da promoção e

aproximam-se da perspectiva da doença. Mendes-Gonçalves (1994) nos auxilia a compreender as necessidades de saúde. Para o autor trata-se de situações que vão além de problemas relacionados à saúde ou carências. As necessidades contemplam os projetos de defesa do ambiente, da vida, da saúde e sua qualidade, permitindo que um ser sinta-se satisfeito para continuar sendo um ser.

Compreende-se a partir das falas e das anotações em diário de campo, a intenção dos trabalhadores de promover um cuidado com vistas a melhorar a qualidade de vida dos usuários, proporcionar bem estar, prolongar a vida e contribuir para a autonomia dos mesmos. Contudo, algumas atitudes ainda consideram a doença como um objeto central, ou seja, para que haja sucesso nas práticas de saúde é necessário este eliminar esse objeto. Gadamer (2006) ao discutir o caráter oculto da saúde indica também que a maior finalidade é tornasse sadio novamente.

Nesse sentido inferimos que o cuidado apresentado pelos trabalhadores está relacionado a uma dada tecnologia, seja ela leve, leve-dura ou dura, e por meio desses arranjos tecnológicos resolva, com o mínimo de danos a questão da saúde. Ou seria da doença? Imersos no cenário da pesquisa foi possível gerar uma bagagem de entendimentos sobre o modo que os trabalhadores operam o cuidado em suas práticas.

Ao falarem das experiências de cuidado, os trabalhadores começavam relatando o seu dia a dia de acompanhamento pautado na sua dimensão protocolar. Descrevendo os passos, como o cadastro que deve ser feito, os fluxos, a organização dos crônicos, das puericulturas, das prevenções, dos grupos. Um elemento trazido nas falas destaca a dificuldade de adesão dos usuários, em seguir as explicações relacionadas à boa alimentação, a prática da atividade física, uso do remédio.

É realmente tentar ver com aquela pessoa o melhor para ela, a história da gente sempre prevenir, o melhor para ela é participar dos grupos coisas que você sabe que os usuários não gostam de participar (T10)

É muito difícil a gente conseguir formar mesmo um grupo no horário da tarde que eles acham ruim. Tem que trabalhar essa história da obesidade, uma palestra mostrando a questão da alimentação é bom trabalhar com esse povo né?(T9)

O cuidado também é a aceitação de querer se cuidar. A gente tem que ficar em cima(T13)

É evidente a preocupação dos trabalhadores para que as orientações sejam cumpridas, se não há sucesso provavelmente o usuário não seguiu o protocolo corretamente. No entanto, esse monitoramento da vida dos usuários, muitas vezes é inatingível, contribuindo para o insucesso das ações e orientações desenvolvidas. Entendemos que essa é

uma das dimensões presentes do cuidado, uma herança da estruturação do conhecimento científico ancorado no modelo biomédico de intervenção sobre a doença e o corpo, deixando o usuário em segundo plano.

Para Ayres (2000), para que o cuidado seja compartilhado (quem cuida e quem é cuidado) é preciso exercitar a liberdade de racionalismos puramente procedimentais, desvencilhar-se da coisificação do ser humano por meio das tecnologias e valorizar a sabedoria prática.

Presente na contemporaneidade pela hermenêutica filosófica, a sabedoria prática refere-se a um saber relacionado aos elementos da práxis vital, não se estabelece por leis universais ou modos de fazer conhecidos, mas concebe-se como *phronesis*, ou seja, uma racionalidade que nasce na práxis, dirigindo-se na busca da construção compartilhada da boa vida (GADAMER, 1997). Ressaltamos que não é uma pretensão desvalorizar o saber biomédico, o qual historicamente estrutura o campo da saúde, mas refletir sobre as fragilidades, na medida em que a atuação de trabalhadores é conduzida por apenas um modelo de intervenção.

O cuidado é um lugar de encontro, onde se produz subjetividades. A abertura para o compartilhamento de uma interação além da dimensão protocolar permite que a realidade vivenciada tencione e afete os trabalhadores em saúde, pois isso acontece no cenário de produção de conhecimento prático, os quais são produzidos por humanos, acerca de humanos e para humanos (AYRES, 2011, p.133).

Cuidar: um olhar para o lugar do outro

Notamos que apesar da dimensão protocolar, como destacada anteriormente, os participantes também trazem a concepção de que o cuidado tem uma dimensão relacional, de se colocar no lugar do outro, de vínculo e acolhimento.

Eu faço visita todo dia quando eu chego na casa de uma pessoa, eu sei que ela não tá só precisando do clínico ela precisa de um apoio psicológico, precisa de uma conversa, ela precisa de uma informação (T11).

O cuidado em saúde, o que eu vejo é um TODO. A saúde num tá ligada só vim aqui no PSF, num tá só ligada na medicação, só no médico né? Tá na escuta, tá na orientação, tá na divulgação, na orientação no dia a dia das coisas, eu creio que tá muito nisso, é assim, o cuidado é está também no lugar do outro(T8)

As falas acima indicam que é necessário a escuta de outras informações, que muitas vezes, podem passar despercebidas durante a consulta, ou do preenchimento dos

protocolos. É importante a construção de relações empáticas, nas quais a escuta ultrapassa a busca por diagnósticos, ela passa a compreender e interpretar a condição do sujeito, nesse caso podemos chamar de uma escuta hermenêutica.

As explorações no campo nos mostraram que o produzir cuidado vai muito além das racionalidades biomédicas e que os trabalhadores também desejam que isso aconteça. Mesmo que todos os atendimentos sejam conduzidos por uma excelente competência técnica, se o diálogo, a tecnologia relacional não estiver incorporada a esse modo de cuidar, este pode perder a potência da dimensão cuidadora. Concordamos com Ayres (2011) que não se trata de elementos antagônicos para o cuidado, mas complementares.

As ações desenvolvidas no CSF, em sua maioria, são realizadas com intuito de cumprir alguma agenda ou até mesmo para atingir as metas. No entanto, percebemos a preocupação de alguns trabalhadores em acolher, em destacar a centralidade da atenção para o usuário.

Ah uma conversa é bom demais, sempre acontece, por exemplo, o dentista quando vim arrancar meu dente, ele olhou... Eu disse que queria arrancar tudo, ele disse não! Vamos tratar tudim, ele tratou meus dentes tudim, foi coisa rápida eu até estranhei, porque para conseguir uma consulta aqui é quase um mês e dentro de um mês ele “coisou” meus dentes tudim. Era tudo preto e ficou tudo bom! (U2).

Os usuários, assim como os trabalhadores são um conjunto de “coisas”; desejos, saberes, medos, trabalho, dificuldades, possibilidades, religião, valores, o que podemos chamar de vida. Cada um de nós tem sua história de vida, e a levamos para os consultórios, para os hospitais, para trabalho juntamente com nossas queixas. Nesse sentido, é no encontro, compartilhado, entre usuário e trabalhador que se concebe a construção de relações de confiança podendo ampliar as possibilidades de benefícios para o usuário em relação a sua saúde (AYRES, 2004).

Assim que passamos a reconhecer a escuta qualificada como os trabalhadores chamam ou a conversa, a prosa na definição dos usuários como a escuta hermenêutica. Um diálogo entre o ser e ser, entre o ser e o outro (GADAMER, 1997).

A cada momento da imersão no cenário da pesquisa foi possível articular o referencial teórico escolhido com a prática que estava sendo vivenciada. A fala do usuário 6 nos mostrou que ele desacreditava que seu desejo, “dentes sadios” poderia ser alcançado. Nesse sentido, a técnica da extração seria suficiente, contudo em seu gesto, “um sorriso largo”, compreendemos que estávamos diante da concretização de um projeto de felicidade.

Assim, aproximação entre os saberes presentes na prática cotidiana do cuidado, permite a transformação e aprendizado por meio das interações, percepções, e interpretações

dos conteúdos simbólicos partilhados pelos sujeitos envolvidos, contribuindo, inclusive, para o aprimoramento da atuação dos trabalhadores e para o surgimento de novas tecnologias em saúde. (AYRES, 2011, CAPRARA, 2003).

Verificamos na observação do campo de pesquisa, uma intensa atividade dos trabalhadores buscando atender a demanda, fazer encaminhamentos, organizar fichas e protocolos. Ressaltamos, ainda, que quando há alguma intercorrência ou obstáculo, as atividades funcionam com certa improvisação, não que seja algo negativo, pelo contrário há uma fuga dos procedimentos previstos nos protocolos instituídos para acolher o sentimento do outro. Em uma pesquisa realizada em Fortaleza, na qual avalia a ESF no desempenho das funções de coordenadora e ordenadora do cuidado, os participantes do estudo também indicam uma ruptura nos protocolos, salientam que não se trata de uma ferramenta tão rígida (OLIVEIRA, 2015).

Na fala do Usuário 5 “ eu tomei foi um susto quando eu vi um whatsapp da [...] perguntando o que eu tinha sentido” percebemos os atos de criatividade que ampliam a resolutividade das demandas dos usuários. Contudo, destacamos que essas ações muitas vezes são poucas refletidas pelos trabalhadores, em virtude do grande dilema de viverem entre a liberdade e a servidão (FRANCO, 2015). Desse modo, ficamos diante de mais um questionamento vivo; no plano do cuidado, quem são os protagonistas? Usuários ou Trabalhadores?

Cuidado de si: cuidamos um do outro

Cuidar de mim para cuidar do outro foi um discurso muito presente nas falas dos trabalhadores, desse modo essa categoria envolve aspectos tanto do cuidado procedimental quanto do cuidado relacional de estar na pele do outro. Os depoimentos mostram questões que envolvem o fracasso, falta de sucesso na conduta, muita cobrança da gestão, salientam a importância de também serem cuidados para suportar toda essa demanda.

Primeiro, para cuidar de outra pessoa você precisa ser cuidado, precisa estar preparado para cuidar de outra pessoa, estar preparado psicologicamente para cuidar do outro, me cuida (T3).

Acho que a pessoa adoce realmente, porque eu mesma já vivenciei isso, porque a gente absorve, por ser só cobrado, porque você só tem que servir, você tem que fazer assim, tem que fazer agora e pronto. E aí? O meu momento é quando? Você tá doente e não consegue dar 100% de si. E você como é fica? (T4)

Nesta direção, recorreremos a conceitos fundamentais para compreender o que seria

o cuidado de si, Foucault (2002) trata como a arte da existência, baseado na ideia de que é necessário ocupar-se consigo mesmo. O desafio de lidar com a vida do usuário, os seus desejos, sua forma de compreender o mundo também põe em questão como os trabalhadores absorvem esses sentimentos.

Para Foucault (2010) ocupar-se de nós mesmos não se trata de uma conduta egoísta ou de interesse individual, mas de tornarmos-nos pessoas melhores superando os desejos, as paixões e apetites que, por ventura, possam nos dominar. Desse modo, cuidar de si é não deixar-nos escravizar pelos outros, inclusive, por nós mesmos.

Buscando compreender as relações de profissionais no ambiente de trabalho, percebe-se que o cuidado de si e de outros quando conseguem estabelecer uma conexão e fluência diante dos processos cuidadores produzem, também, um cuidado ampliado, para além de si e do outro, um cuidado de nós (BAGGIO, EDMANN, 2015).

Os trabalhadores acreditam que quem se cuida adequadamente tem melhores condições de cuidar do outro, destacam ainda, facilidade de colaborar com a equipe de trabalho. Destacam as reuniões de equipe como um espaço fecundo para o exercício da prática cuidando do cuidador. Destacamos que essas reuniões são encontros que cada equipe da ESF realiza para discutir assuntos específicos de sua área específica, embora, o direcionamento seja para a conferência e preenchimento de mapas, há um momento relacional que ultrapassa o protocolo.

Diante dessas observações, identifica-se a colaboração interprofissional como uma ferramenta potente para o apoio aos trabalhadores, contribuído de certa forma para o cuidado de todos.

A colaboração interprofissional descreve os elementos da interação entre profissionais de diversificados campos do conhecimento, proporcionando abrangência da atenção e do cuidado à saúde mais abrangente. Relaciona-se ao cuidado integral, integra práticas participativas facilitando interações pessoais mútuas e recíprocas entre os integrantes das equipes, distanciando-se das relações tradicionais hierarquizadas. Desenvolve um processo comunicativo contínuo e de tomada de decisões, o qual permite que os conhecimentos e habilidades de diferentes profissionais atuem de forma sinérgica com a equipe, o usuário e a comunidade (MATUDA, PINTO, FRASÃO, 2015).

Claramente, pode-se identificar nas falas nos trabalhadores que os momentos de colaboração são fundamentais para o aprimoramento do cuidado de nós, destacado por Baggio e Edmann (2015).

Na minha vivência aqui, eu aprendi a prática cuidando do cuidador, a gente está cuidando um dos outros, porque se não a gente acaba adoecendo. De fora, ninguém olha para gente no modo de falar (T6).

Sim a gente se ajuda, a gente consegue muito com isso, é interessante tem horas que a gente não sabe se eu sou nutricionista se eu sou assistente social é porque a gente realmente tem esse cuidado com os parceiros, e com usuário também, né? (T2).

Os trabalhadores sentem-se motivados, quando as possibilidades de trocas são ampliadas, mesmo diante da complexidade de prazeres e desprazeres presentes em uma relação de encontro, seja com a equipe, ou usuário, esses momentos ultrapassam os protocolos e procedimentos e acessam as histórias de vida dos trabalhadores permitindo o cuidado de si e do outro. Para Ayres (2011), a valorização de uma perspectiva hermenêutica do modo de cuidar implica em produzir o encontro entre os sujeitos envolvidos na busca de soluções a partir do ponto de vista de ambos, por meio de pactuações convenientes para a demanda a ser resolvida.

Ao ouvir os depoimentos dos participantes, primeiramente teve-se a impressão de que o cuidado de si tratava-se das boas práticas de saúde, tais como; alimentação saudável, atividade física, descanso. Diante dessa compreensão, fizemos uma analogia à ideia do autocuidado apoiado, tecnologia de cuidado para usuários com condições crônicas de menor risco. No entanto, fazendo uma nova interpretação das falas pelo olhar e com a contribuição da complexidade (MORIN, 2011), entendemos que o cuidado de si integra múltiplas dimensões do cuidado em busca de uma harmonia entre o cuidar de si e o cuidar do outro, não se trata de um cuidado monitorado, o autocuidado apoiado está relacionada a elementos objetivos e concretos do processo saúde doença, o cuidado de si incorpora as dimensões subjetivas desse processo.

Nesse sentido, não há regras, nem “receitinhas básicas” de boa alimentação, vida não sedentária, remédio na hora certa, há um compromisso ético em prol do que as pessoas querem fazer por si mesma, cuidando e sentindo-se cuidada por si e pelo outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As inquietações para esta pesquisa surgiram da prática de uma trabalhadora, que construiu parte da sua história na ESF e teve o desafio de retornar ao campo de prática com outro olhar, buscando respostas para seus questionamentos, em um lugar que já lhe parecia comum. Debruçar-se sob o território com outra lente permitiu redescobrir questões, bem como conhecer outras, fruto da vivência de cada um dos entrevistados. A partir desse ponto

inicial exploramos como esses trabalhadores significam o cuidado por meio de suas práticas e como é a receptividade desse cuidado pelos usuários.

Percebemos que o cuidado tem uma dimensão multidimensional, que seja o cuidar baseado em protocolos e procedimentos, os desafios de se colocar na pele do outro e de cuidar de si.

Observamos que as ações desenvolvidas no CSF se organizam de forma estruturada, em que a oferta é orientada em conformidade com os programas ministeriais, revelando um sistema que opera com linhas de cuidado dirigidas a determinados grupos (gestantes, puericultura, pré-natal, planejamento familiar, prevenção, pacientes com condições crônicas e a demanda espontânea). A imersão revelou ainda que os atendimentos estão sendo cada vez mais rápidos com o intuito de contemplar toda a demanda estabelecendo relações distantes entre os trabalhadores e os usuários.

Contudo, identificamos muitas linhas de fuga e rupturas com a dimensão procedimental do cuidado, muito embora, ela ainda seja um imperativo nas ações e estratégias realizadas pelos trabalhadores da APS. Nesse sentido, é necessário refletir sobre a importância dos espaços relacionais como dispositivos potentes de transformação das práticas. Acreditamos que sejam cenários férteis para a produção da autonomia dos sujeitos, trabalhadores e usuários, criação de vínculos potentes, os quais ultrapassam o conhecimento da abrangência de cada território, mas que estabeleçam compromisso, envolvimento e responsabilização pelo projeto de felicidade do outro.

Compreendemos também o papel da gestão, no sentido de ampliar as possibilidades de cuidado das equipes, pois alguns elementos como infraestrutura, dificuldade na marcação e consultas com especialistas, falta de medicamentos e recursos humanos também interferem na qualidade do cuidado aos usuários e fogem do alcance de resolutividade para os trabalhadores.

Ademais, podemos inferir que o cuidado apresenta dois fortes eixos a técnica ancorada no saber biomédico e a escuta, e que nas ações desenvolvidas pelos trabalhadores não há oposição dos dois, mas uma complementaridade, evidenciando uma ressignificação da práxis. Nosso olhar a partir de uma concepção hermenêutica nos levou ao desafio da compreensão da realidade dos participantes entrevistados. Foi uma tarefa de interpretar suas experiências e a maneira como eles interpretam a realidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. Intersetorialidade, Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva: atualizando um debate em aberto. Rio de Janeiro: RAP, Vol. 34, Nº 6, 2000.
- AYRES, José R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? Interface – comunicação, saúde e educação. 4(6), 2000.
- AYRES, José R. C. M. O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade, v.13, n.3, 2004.
- AYRES, José R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde e Sociedade, 18(supl. 2), 2009.
- AYRES, J.R.C.M. **Cuidado:** trabalho e interação nas práticas de saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro. CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2011. 284 p.
- Campos GWS, Bedrikow R. História da Clínica e Atenção Básica – o desafio da ampliação. São Paulo: Huitec; 2014.
- CAPRARA, A. **Abordagem Hermenêutica Da Relação Saúde-Doença.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(4):923-931, jul-ago, 2003.
- FOUCAULT, M. História da sexualidade. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002.
- FOUCAULT, M. Hermenêutica do sujeito. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- GADAMER HG. A extensão da questão da verdade à compreensão nas ciências do espírito: verdade e método. Petrópolis: Vozes; 1997.
- GADAMER, Hans-Georg. *O caráter oculto da saúde.* Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.
- GADAMER, Hans-Georg. *Verdade e Método I:* traços fundamentais de uma hermenêuticafilosófica. 10ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- MATUDA, C.G et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(8):2511-2521, 2015
- MENDES-GONÇALVES, Ricardo B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde:* características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. Rio de Janeiro: Abrasco; São Paulo: Hucitec, 1994.
- MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo** (4ª ed). Porto Alegre, Brasil: Sulina, 2011.
- OLIVEIRA, B.N. **Ações da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva das Redes de Atenção à Saúde: um estudo avaliativo.** Dissertação [mestrado acadêmico] 194f, Programa de Pós Graduação em saúde Coletiva-Universidade Estadual do Ceará, 2015.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS A. L. Q. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Med Book. 2014. Pag. 287-302.

TEIXEIRA, Carmem F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, Carmem F.; SOLLA, Jorge P. Modelos de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba, 2006.

Túlio Batista Franco. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. Saúde Soc. São Paulo, v.24, supl.1, p.102-114, 2015.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A familiaridade com o cenário de pesquisa causou receio, principalmente, por temer que a cegueira do óbvio afastasse o meu olhar, do que poderia ser descoberto, interpretado e compreendido, agora como pesquisadora. Contudo, o fato de já ter sido nativa daquele lugar me permitiu transitar livremente pelos espaços do CSF, bem como estabelecer sentimento de confiança com os sujeitos entrevistados. O idioma dos trabalhadores e usuários da atenção primária não me era estranho, e justamente por isso, o desafio de interpretar tornou-se ainda maior, pois necessitava que eu fosse mais além, do que era óbvio.

Portanto, tecer as considerações sobre esta dissertação exige retomar a pergunta de partida: **como os diferentes sujeitos, trabalhadores e usuários, reconhecem o cuidado realizado na APS de Sobral-Ceará?** A partir desse ponto inicial respondemos aos objetivos desse estudo por meio de uma síntese interpretativa dos achados principais.

Primeiramente, foi imprescindível conhecer os conceitos que permeiam a temática modelo de atenção. Nesse sentido realizar uma revisão integrativa da literatura sobre a temática foi fundamental para esta compreensão. A polissemia relacionada ao conceito de modelo de atenção dificulta os processos de mudanças. Desse modo, há uma turbulência entre as práticas hegemônicas e o desejo de mudança. A conservação e a mudança coexistem em um mesmo cenário, sendo uma tarefa árdua a ruptura de modelo hegemônico já cristalizado nas ações e estratégias dos serviços de saúde.

Destacamos as mudanças na organização dos serviços de saúde de Sobral, com ênfase para a APS. A partir de 2015, o município vivenciou um processo de mudança no Modelo de Atenção, o qual contou com uma consultoria técnica. Este fato nos impulsionou a pesquisar se a nova proposta traria mudanças efetivas nos modos de cuidar na APS.

Para tanto, foi necessário compreender como se dá a operacionalização desse modelo. Assim, as organizações da assistência e dos processos de trabalho se operacionalizam de acordo com a proposta do Eugênio Vilaça Mendes. O autor apresenta um modelo direcionado para as condições crônicas, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Essa proposta foi acolhida pelo Ministério da Saúde e Sobral está trabalhando com essa perspectiva, assim como outros estados brasileiros. O MACC, que se estrutura em cinco níveis de intervenções: 1- Promoção da Saúde, 2 - Prevenção das Condições da Saúde, 3- Gestão da Condição da Saúde Nível 3, 4- Gestão da Condição de Saúde Nível 4, e 5- Gestão de Caso. Os níveis, por sua vez, são desdobrados em três componentes integrados: 1- a

população estratificada em subpopulações de risco; 2- os focos de intervenções de saúde; e 3- os tipos de intervenções em saúde.

Ao mesmo tempo que se reorganizou a atenção às condições crônicas, também se reorientou o atendimento as condições agudas e agudizações dos casos crônicos, com base no caderno de atenção básica 28, Acolhimento da Demanda Espontânea. No entanto, as equipes ainda conservam o acolhimento das suas respectivas áreas de abrangência, ainda que as novas configurações se direcionem para um atendimento voltado amplamente para a demanda espontânea.

É importante destacar que, com gestão municipal eleita em 2016, o Plano de Saúde do município (2018-2021) apresenta o MACC como o modelo de atenção vigente. No entanto, outras mudanças estão sendo incorporadas à organização dos serviços de saúde. A ampliação do horário de funcionamento do CSF Dr. Grijalba Mendes Carneiro é uma delas. Ressaltamos que esta ampliação acontece somente a partir das 17:00h, o turno da manhã permanece de 07:00h às 11:00h e o da tarde de 13:00h às 17:00h. Destacamos ainda, que a cada dia da semana uma equipe fica responsável pelo horário ampliado. Entendemos que esta configuração se aproxima mais de um tipo de pronto atendimento do que uma extensão dos atendimentos na unidade de saúde.

Existe também o Gerenciamento Diário (GD) e Método Lean, estes elementos têm por finalidade evitar desperdícios, agregar valor ao produto e garantir que as atividades sejam executadas de modo certo e no tempo recomendado. A propósito, vale ressaltar que estes processos ainda estão em fase de implantação, que por vezes, não estão totalmente operantes. Contudo, essa perspectiva de organização valoriza os processos de racionalização. Aproxima-se de uma gestão baseada em resultados, o que pode fragilizar a dimensão sócio-política comprometendo o SUS e a garantia de seus princípios doutrinários.

Assim, quanto ao modelo de atenção no município de Sobral podemos dizer que a ESF é o eixo norteador das ações de produção, coordenação do cuidado. Ela coexiste com a proposta de organização dos atendimentos as condições crônicas, o MACC. Compreendemos que não há uma disputa entre as duas propostas. No entanto, há um incremento da dimensão procedimental e protocolar que nos molde atuais, esta (re)aproximando as ações de cuidado do modelo médico-assistencial hospitalocêntrico ancorado em uma perceptiva de saúde-doença-cura.

Nesse contexto de mudanças, também foi realizada a *“Oficina: Novas Tecnologias para a Abordagem das Condições Crônicas pela Equipe Interdisciplinar”*, um material elaborado por Maria Emi Shimazaki (2015).

As tecnologias leves foram apontadas como essenciais para a efetivação dos processos de implementação do MACC. No entanto, há um distanciamento do caráter, puramente, leve das tecnologias repassadas na oficina (Atenção Contínua, Atenção Compartilhada em Grupo, Plano de Cuidados Individualizado, Autocuidado Apoiado e Grupo Operativo). Estas se configuram como leve-dura, pois exigem um saber estruturado e especializado para sua realização. O que não descarta o uso da tecnologia leve no *modus operandi* com o qual se conduz a prática.

Observamos que há um desconhecimento dos trabalhadores a respeito dos aspectos teóricos que estão norteando as práticas, poucos apresentam clareza sobre algumas das mudanças que, atualmente, fazem parte da agenda de tarefas do município. Entendemos que muitos fatores podem ser atribuídos a essa condição, inclusive os de ordem pessoal. No entanto, o que nos pareceu mais evidente foi a nova configuração dos momentos de co-gestão, os quais estão cada vez mais verticalizados.

Quanto às concepções do cuidado é importante destacar que ainda há uma forte tendência, por parte dos usuários, que saúde é ausência de doença. Desse modo, e seguindo um lógica de trabalho baseada em protocolos e indicadores, a dimensão procedimental do cuidado ainda é um imperativo nas ações e estratégias realizadas pelos trabalhadores da APS. Contudo, identificamos muitas linhas de fuga que desejam promover rupturas com essa dimensão. Inclusive esta pesquisa possibilitou momentos de reflexão em muitos trabalhadores, alguns sinalizaram que a entrevista foi uma oportunidade de desabafo.

Compreendemos a importância do papel da gestão, pois entendemos que as possibilidades de ampliação do cuidado por parte das equipes dependem de elementos que fogem das suas responsabilidades. A infraestrutura, dificuldade na marcação e consultas com especialistas, falta de medicamentos e recursos humanos também interferem na qualidade do cuidado aos usuários.

Desse modo, o estudo aqui empreendido buscou além de culminar com o fechamento do processo de mestrado trazer possíveis contribuições para o cenário em estudo. Assim, destacamos algumas recomendações. Recomendamos que os espaços formativos e de gestão compartilhada sejam mais valorizados, de modo que as Rodas do CFS assumam sua característica fundamental de apoio e co-gestão, assim como o acolhimento e vínculo permaneçam desempenhado o papel potente na saúde dos usuários. Nesse caso, não apontamos para o acolhimento enquanto um lugar, mas como a atitude em acolher o outro.

Outra recomendação que achamos importante refere-se aos momentos formativos que não se limitem a meras discussões ou a um simples cumprimento de protocolos, mas que

possam promover um alinhamento entre a teoria e a prática. Recomendamos, ainda que as propostas de mudança sejam construídas de forma coerente com o princípio organizacional do SUS da participação social, para que todos os trabalhadores se apropriem dos processos que estão inseridos, promovendo a responsabilização conjunta pela melhoria da qualidade do cuidado oferecida aos usuários.

Por fim destacamos, a possibilidade de melhorias nos sistemas de marcação de consultas e exames, assim como na aquisição de medicamentos, para que a falta desses elementos não prejudiquem a saúde da população.

BREVES NOTAS DO DIÁRIO

Nesse momento é impossível não olhar para trás e não reconhecer que realizei esta pesquisa, aliás, muito mais que isso, realizei um sonho... Ao longo deste percurso construí esse diário de campo, que foi meu companheiro, que ouviu minhas angústias, meus medos, meus devaneios, minhas alegrias a cada passo bem sucedido, a cada entrevista realizada. Ele se tornou um diário pessoal.

Tecer cada palavra no diário me encorajava a continuar. Aqui eu me sentia livre (isso é muito importante para uma sagitariana), não me preocupava com parágrafos, pontos, nem vírgulas. E muito menos ainda com aprofundamento teórico e conceitual. Despretensiosamente, não me dei conta do que estava escrito nas entrelinhas desse diário, seriam as bases estruturantes desta dissertação.

Foram muitas etapas para chegar até aqui, o desligamento com emprego, a mudança de cidade, a matrícula no mestrado, as aulas, as inúmeras resenhas, o distanciamento de alguns, a aproximação com outros. A qualificação.

A entrada no campo, repleta de ansiedade, timidez, embora, alguns rostos conhecidos me oferecessem conforto. O papel de pesquisadora no cenário, anteriormente habitado por mim, foi extremamente engrandecedor. As pessoas me colocaram em uma condição de superioridade, parecia que eu sabia algo a mais. Era comum escutar frases do tipo: *vai fazer a entrevista com a terapeuta, é uma pesquisa mulher!; Eu fui lá, foi bom!; Que pesquisa é essa mesmo, é de Fortaleza?*

Por muitas vezes, os trabalhadores precisavam resolver alguma situação, então me chamavam, perguntavam minha opinião e ainda seguiam minhas orientações! Ora, afinal eu era a pesquisadora! Então eu entendi, todo o percurso do mestrado! Os mestres estão por toda parte, uns com título, outros não... Reconheço que não quero ocupar o lugar de quem sabe

mais. Quero compartilhar as coisas que tenho aprendido ao longo da minha caminhada. Para mim, os mestres foram eles! Fico com a certeza de que este diário de campo me trará eternas recordações (Diário de Campo).

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, E. M. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de doenças transmissíveis em populações organizadas em redes complexas.** 2009. 99 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.:s.n.], 1997.
- ALMEIDA FILHO, N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e Saúde Coletiva: atualizando um debate em aberto. **RAP**, Rio de Janeiro, v.34, n.6, 2000.
- ANDRADE, L.O.M; BARRETO, I.C.H.C.; GOYA, N; JÚNIOR, T.M. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **Sanare**, [S.l.], ano.5, n.1, jan./mar. 2004
- ARCE, V.A.R.; SOUSA, M.F. Integralidade do Cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.22, n.1, p.109-123, 2013.
- AROUCA, A. S. **O dilema preventivista:** contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo, Rio de Janeiro: UNESP, Fiocruz, [1975], 2003.
- ARRUDA, C.A.M.; BOSI, M.L.M. User's satisfaction of primary health care: a qualitative study in the Northeast of Brazil. **Interface**, Botucatu, v.21, n.61, p.321-332, 2017.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Parecer Abrasco para consulta pública sobre a PNAB 2017.** Manguinhos, RJ: ABRASCO, 2017. Disponível em: <www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/parecer-abrasco-para-consulta-publica-sobre-pnab/29951/>. Acesso em: 29 nov. 2018.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática?. **Interface – comunicação, saúde e educação**, [S.l.], v.4, n.6, 2000.
- AYRES, J.R.C.M. O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v.13, n.3, 2004.
- AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v.18, n.2, 2009.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro. CEPESC, UERJ/IMS, ABRASCO, 2011. 284p.
- AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v.13, n.3, p.16-29, set./dez. 2004.
- _____. J. R. C.M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.43-62, 2007

_____. J.R.C.M. Prefácio à 8ª edição. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8.ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2009.

_____. J.R. C. M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v.18, n.2, 2009.

_____. Cuidado e reconstrução nas práticas de saúde. **Interface – Comunic. Saúde, Educ.**, [S.l.], v.8, n.14, p.73-92, set./fev. 2004.

Bastos, A. B. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicólogo informação**, [S.l.], v.14, n.14, p.160-169, 2010.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Revista IBICT**, [S.l.], v.6. n.11, 2018. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao/article/view/6/11>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

BORNSTEIN, V.J.; DAVID, H.M.; SCHERLOWSKI, L. Contribuições da formação técnica do Agente Comunitário de Saúde para o desenvolvimento do trabalho da Equipe Saúde da Família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.107-128, 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: primary care assessment tool PCAtool - Brasil. Brasília: MS, 2010.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações completas**. Disponível em:<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=231290&search=ceara|sobral|infograficos:informacoes-completas>>. Acesso em: 23 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012.

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 31 out. 2017.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: MS, 2011.

BROWM, T.; HEGGS, D. Da hermenêutica á psicanálise, passando pelo pós-estruturalismo. In: SOMEKH, B.; LEWIN, C. **Teoria e métodos de pesquisa social**. Petrópolis: Vozes, 2017. p.376-385

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Formação de Recursos Humanos para a Estratégia de Saúde da Família. **Cienc. Cuid. Saúde**, Paraná, p.45-52, 2008.

CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.679-697, fev. 2007.

CAMPOS, G.W. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CAMPOS, G.W.S. Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: Elementos para Debate. In: _____. **Planejamento sem normas**. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 1994. p.53-60.

CAMPOS, G.W.S.; BEDRIKOW, R. **História da clínica e atenção básica**: o desafio da ampliação. São Paulo: Huitec; 2014.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v.21, n.9, p.2655-2663, 2016.

CAPRARA, A.. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**, [S.l.], v.19, n.4, p.923-931, 2003.

CAPRARA, A.; VERAS, M. S. C. Hermeneutics and narrative: mothers' experience of children affected by epidermolysis bullosa. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, [S.l.], v.9, n.16, p.131-46, set./fev.2005

CUNHA, C.G. **Competências para o gerenciamento na estratégia saúde da família de Sobral**. 1998. 232 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2016.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Diálogos**. Tradução de Eloisa Araújo Ribeiro. São Paulo: Escuta, 1998.

CHAVES, S.C.L.; CRUZ, D.N. Desafios contemporâneos à organização da atenção em saúde bucal. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.l.], v.36, n.3, 2012.

DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

ESMERALDO, G. R. O. V.; OLIVEIRA, L. C. Resgatando a história do Programa Saúde da Família em Fortaleza-Ceará. In: OLIVEIRA, L. C.; ÁVILA, M. M. M.; MAIA, L. F. R. B. (ORG). **Organização dos serviços de saúde do Ceará**: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção. Fortaleza-CE: EdUECE, 2012. 187 p.

- ESBROGEO, M. C. **Avaliação da orientação profissional em grupo: o papel da informação no desenvolvimento da maturidade para a escolha da carreira.** 2008. 155 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2008.
- FARIA, I.B.R. et al. O processo de trabalho em Saúde da Família no contexto do interior da Amazônia. **Cogitare Enferm.**, [S.l.:s.n.], p.231-237, 2010.
- FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre. Rede Unida, 2014.
- FITTIPALDI, A.L.; ROMANO, V. F.; BARROS, D. C. Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.104, p.76-87, jan./mar. 2015.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade.** 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002.
- FOUCAULT, M. **Hermenêutica do sujeito.** 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-353, abr./jun. 1999.
- FRANCO, E.C.D. A Estratégia de Saúde da Família na perspectiva do usuário. **Rev. Enferm. UFSM**, Rio Grande do Sul, p.49-58, 2012.
- GADAMER, H.G. **A extensão da questão da verdade à compreensão nas ciências do espírito: verdade e método.** Petrópolis: Vozes; 1997.
- GADAMER, H.G. **O caráter oculto da saúde.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.
- GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e Método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica.** 10.ed. Petrópolis: Vozes, 2008.
- GEANELOS, R. Exploring Ricoeurs hermeneutic theory of interpretation as a method of analyzing research texts. **Nurs. Inq.**, [S.l.], v.7, p.112-119, 2000.
- GILHUS, I.S. Hermenêutica. **REVER**, [S.l.], ano.16, n.02, maio/ago. 2016
- GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994
- HEIDEGGER, M. **Ser e tempo I.** Petrópolis: Vozes, 1995.
- MANN, J.M; TARANTOLA, D.J.M. From epidemiology to vulnerability to human rights, p.427-476. In: J.M, MANN; D.J.M, Tarantola. (eds.). **Aids in the world II.** Nova York: Oxford University Press, 1996.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, jul. 2011

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C.; TAKAYANAGUI, A.M.M. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.23-29, 2006.

LIMA, W.C.M.B.; ASSIS, M.M.A. Acesso restrito e focalizado ao programa saúde da família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.34, n. 3, p.439-449, 31 mar. 2011.

LUZES, C.S.A. **Implementação da filosofia lean na gestão dos serviços de saúde: o caso português**. 2013. 94 f. Dissertação. (Mestrado em Gestão das Organizações) - Instituto politécnico do Porto, Portugal, 2013.

MAGNAGO, C., PIERANTONI, C.R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.104, p.9-17, jan./mar. 2015.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, [S.l.], v.14, n.34, p.593-605, jul./set., 2010.

MARTINS, P.C. et al. Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde:: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p.679-694, 2009.

MARIN, M.J.S. et al. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde tradicionais e da Estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, p.780-788, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a26.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2018.

MATUDA, C.G et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v.20, n.8, p.2511-2521, 2015.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. Rio de Janeiro: Abrasco; São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: OPAS, 2012.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000400018&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 23 set. 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92 p.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Revista de Medicinas Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.18, n.4, supl. 4, p.3-11, abr. 2008.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2297-2305, ago. 2010.

MENDES, E.V. **As redes integradas de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP/MG, 2009.

MENDOZA-SASSI, R.A. et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p.787-796, abr. 2011.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: UFS, 2009. p.29-74

MERHY, E.E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14.ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4.ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

NASCIMENTO, M.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família:: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, 2005.

NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B.. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família:: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.2375-2384, out. 2007.

OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T.; CATOIA, E.A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção:: representações sociais dos usuários. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiás, p.820-829, 2009.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**, [S.l.], p.158-164, 2013.

OLIVEIRA, B.N. **Ações da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva das Redes de Atenção à Saúde: um estudo avaliativo**. 2015. 194 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** Brasília: OPAS, 2011.

_____. Promoción de liderazgo y formación avanzada em Salud Pública: la prestación de servicios de salud. **Educación Médica y Salud.**, [S.l.], v.26, n.3, p.293-425, 1992.

OTHERO, M.B.; AYRES, J.R.C.M. Healthcare needs of people with disabilities: subjects perspectives through their life histories. **Interface-Comunic. Saude Educ.**, [S.l.], v.16, n.40, p.219-33, jan./mar. 2012.

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: PAIM, J. S. (Org.). **Saúde: política e reforma sanitária.** Salvador: Cooptec, ISC, 2002. p.367-381

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** 2.ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PAIM, J. S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal.** São Paulo: Martins Fontes. 2000. (Original publicado em 1983).

PINHEIRO, R.; LUZ, T.M. **Modelos ideais x práticas eficazes.** Rio de janeiro: Huetec, 1999.

POHLMANN, F.C., et al. Modelo de assistência pré-natal no extremo sul do país. **Texto Contexto Enferm.**, [S.l.], v.25, n.1, 2016.

PONTE, H. M. S. **Do dispositivo ao instituído: O Método da Roda em Sobral-CE promove a Co-Gestão de Coletivos?.** 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

RIBEIRO, M.A. **Avaliação da atenção às condições crônicas na estratégia saúde da família de Sobral-Ce: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus como marcadores.** Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

RICOEUR, P. Narratividade, fenomenologia y hermenêutica. **Análisi: quaderns comunicació i cultura**, [S.l.], n.25, p.189-207, 2000.

ROMANO, V.F. A Busca de uma Identidade para o Médico de Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p.13-25, 2008.

SALCI, M.A., MEIRELLES, B.H.S., SILVA, D.M.G.V. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [S.l.:s.n.], 2017.

SANTOS, P. et al. Atenção à saúde na estratégia saúde da família: reflexões da perspectiva do usuário com doença crônica não transmissível. **Rev. baiana saúde pública**, [S.l.:s.n.], jul./set. 2014.

SILVA, H. A. Abordagem fenomenológica-hermenêutica. **ÁGORA - Revista Eletrônica**, [S.l.:s.n.], p.54-58. 2010.

SILVA, N.C.; GARNELO, L.; GIOVANELLA, L.. Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.3, p.592-604, 2010.

SILVA, M.R.F.; PONTES, R.J.S.; SILVEIRA, L.C. Acolhimento da Estratégia Saúde da Família: as vozes dos sujeitos do cotidiano. **Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, p.784-788, 2012.

SILVA, K.M.; LEITE, S.P. Concepções de saúde e doença apresentadas por uma população atendida pela Estratégia Saúde da Família. **Rev. Aps**, Minas Gerais, p.345-354, 2014.

SOBRAL. (Cidade). Comissão de residências multiprofissionais e em área da saúde, **Regimento interno das residências multiprofissionais e em área da saúde de Sobral-Ce**. Regimento n.1, de 17 de abril de 2013.

SOUZA, M.C et al. Integralidade na atenção à saúde:: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, p.452-460, 2012.

SCHERER, M.D.A.; MARINO, S.R.A.; RAMOS, F.R.R. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde:: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface-Comunic, Saúde, Educ.**, Santa Catarina, v.9, n.16, p.53-66, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, MS, 2002.

TEIXEIRA CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, [S.l.], v.27, n.65, p.257-277, 2003.

TEIXEIRA, Carmem F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, Carmem F.; SOLLA, Jorge P. **Modelos de atenção à saúde**: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba, 2006.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelos de atenção à saúde**: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.supl., p.153-162, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS A. L. Q. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação? . In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook. 2014. p.287-302.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e a lógica da programação: o caso da saúde.** São Paulo: Hucitec, 1993.

FRANCO, T.B. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.24, supl.1, p.102-114, 2015.

VAGHETTI, H.H. et al. Grupos Sociais e o Cuidado na Trajetória Humana. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.267-275, 2007.

VAN ACKER, M. T. V. A reflexão e a prática docente: Considerações a partir de uma pesquisa-ação. 2008. 188 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

VASCONCELOS, M.G.F; JORGE, M. S. B. **Projeto terapêutico como dispositivo de cuidado em saúde mental.** Ceará: EdUECE, 2013.

VASQUEZ, J., DUMITH, S.C., SUSIN, L.R.O. Aleitamento materno: estudo comparativo sobre o conhecimento e o manejo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Modelo Tradicional. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.15, n.2, p.181-192, abr./jun. 2015.

ZIMERMAN, D. E. Classificação geral dos grupos. In: _____. **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artmed, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Observação

Data da observação: ____/____/____

Hora de início: ____ h ____ min Hora de término: ____ h ____ min

Descrição da atividade observada (Sala de vacina, sala de espera, sala de aferição, farmácia, reuniões, recepção, visita domiciliar, central de marcação. Descrever o cenário em que se deu)

Descrição do acolhimento aos usuários (se a demanda foi contemplada ou não)

Atividade desenvolvida para prática do cuidado. Quais as articulações construídas. Que tipo de “redes” são formadas

Quais as problemáticas percebidas para a concretude do cuidado n

Diálogos

Outros aspectos importantes

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista com trabalhadores da APS

Entrevista:

Data: ____/____/2018

Início: _____ Término: _____

1 PERFIL DO ENTREVISTADO:

1.1. Idade (anos):_____ 1.2. Sexo: _____

1.3. Formação: _____

1.4. Pós-graduação: () Sim () não. Em que área? _____

1.5. Tempo de formado: _____

1.6. Cargo/função: _____

1.7. Vínculo empregatício na administração municipal: _____

1.8. Tempo no cargo: _____

2 QUESTÕES ORIENTADORAS SOBRE A O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A INTERFACE COM O MODELO DE ATENÇÃO

2.1 Concepções sobre cuidado em saúde

2.2. Fale sobre as práticas de cuidado desenvolvidas por você e sua equipe na APS?

2.3. Qual modelo de atenção está vigente hoje na Atenção Primária?

2.4. Você participou de alguma formação sobre atual modelo de saúde adotado pelo Município?

2.5. Articulação das APS com os demais níveis de atenção.

2.6. Você percebe interação entre as redes de atenção à saúde, para produção do cuidado? Como isso ocorre?

2.7. Como você percebe a participação dos profissionais na organização das redes de atenção?

2.8. Qual a sua percepção sobre a nova proposta de modelo de atenção a saúde? Quais as potencialidades, fragilidades e desafios?

2.9. Vocês percebem alguma mudança em sua prática cotidiana (na clínica e nas ações de saúde coletiva) que tenha sido motivada pela mudança no modelo? Em que situações vocês percebem essa(s) diferença(s)?

2.10. Vocês desenvolvem ações que não desenvolviam antes da mudança do modelo de atenção? Quais?

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista com usuários

Entrevista:

Data: ____/____/2018

Início: _____ Término: _____

1 PERFIL DO ENTREVISTADO:

1.1. Idade (anos):_____ 1.2. Sexo: _____

1.3. Escolaridade : _____

1.4. Atividade Profissional: _____

1.5. Renda Familiar: _____

1.6. Quanto tempo frequenta essa unidade de saúde?: _____

2 QUESTÕES ORIENTADORAS SOBRE O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INTERFACE COM O MODELO DE ATENÇÃO

2.1 O que é cuidado para você?

2.1 Você conhece a Estratégia Saúde da Família?

2.2 . Você percebeu alguma mudança no funcionamento do CSF a partir de 2015?

2.3. O que você espera quando procura o CSF?

2.4. Já fez alguma reclamação ou elogio sobre o atendimento no CSF?

2.5 Que sugestões você daria para melhorar as práticas de cuidado no CSF

2.6 Quais as maiores dificuldades enfrentadas, quando você procura o atendimento no CSF?

2.7 Quanto ao acolhimento? Como está sendo realizado? Qual a sua opinião sobre isso?

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente Termo de consentimento livre e esclarecido, você está sendo convidado (a) a participar de um estudo que tem como tema: **“PRÁTICAS DE SAÚDE: ações e estratégias da atenção primária à saúde”**. Tal pesquisa tem como objetivo principal: Analisar as práticas de cuidado desenvolvidas nas ações e estratégias na Atenção Primária à Saúde. O resultado da pesquisa será posteriormente escrito na forma de uma dissertação e de artigos científicos, de modo a trazer benefícios para a organização dos serviços de saúde, uma vez que a mesma servirá como fonte de consulta.

As informações serão construídas através de entrevista e observação participante nas práticas. Serão realizados esforços para coibir os riscos envolvidos: na aproximação entre o avaliador e o avaliado; na manutenção da privacidade e confidencialidade; na possível violação da verdade por parte de algum avaliado; na transparência das negociações; e na escolha das informações a serem trabalhadas. Informamos também que você não será Submetido(a) a despesas financeiras, nem receberá gratificação ou pagamento pela participação neste estudo. Você poderá receber esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa quando requisitar, podendo desistir de continuar colaborando se assim o desejar, sem penalização alguma. O presente termo será feito em duas vias, uma ficará em sua posse e outra em posse do pesquisador(a). Concordo em participar como voluntária do estudo: **“PRÁTICAS DE CUIDADO: ações e estratégias da atenção primária à saúde”**. Declaro ter sido informado (a) pelo pesquisador sobre o desenvolvimento da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, as finalidades, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Estou ciente de que poderei deixar de colaborar com o estudo em qualquer momento que desejar.

Sobral, ____ de _____ de 2018.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura do participante da pesquisa

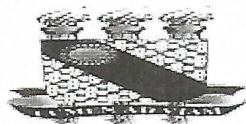
Assinatura do pesquisador (a) responsável

Kellinson Campos Catunda

Contatos: (85) 9.9959.1572 – kellinsoncatunda25@gmail.com

ANEXOS

ANEXO A - Parecer Favorável do CEP/UECE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO CEARÁ: DESAFIOS DA UNIVERSALIDADE DO ACESSO E DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO

Pesquisador: Lucia Conde de Oliveira

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 36453414.0.0000.5534

Instituição Proponente: Curso de Serviço Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.335.638

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda solicitando a prorrogação do trabalho de campo para acompanhar as mudanças que estão ocorrendo nas organizações das redes de atenção. Ampliação do prazo de execução do trabalho de campo para o período de 2017 a dezembro de 2020. Pesquisador Justifica necessidade desta ampliação em virtude da necessidade de acompanhamento das mudanças na organização das redes de atenção à saúde que vêm ocorrendo em Fortaleza e nas Regiões de Saúde do Estado do Ceará.

Estudo quantitativo e qualitativo. Na dimensão quantitativa, investigar-se-á a evolução e resolução das filas de espera por atendimento dos usuários nas centrais de regulação do acesso às ações e serviços de saúde. Na dimensão qualitativa, analisar-se-ão as percepções de gestores, trabalhadores de saúde e usuários sobre a implantação das redes de atenção à saúde, seu funcionamento, seus papéis no desenho organizacional, os limites e possibilidades para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, bem como a luta e resistências dos usuários e da sociedade civil para garantia do acesso e da integralidade da atenção. O estudo será desenvolvido no período de três anos.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o grau e o processo de implantação das redes assistenciais nas regiões de saúde do Ceará.

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 2.335.638

Objetivo Secundário:

Apreender o entendimento de gestores, trabalhadores de saúde, usuários sobre a organização das redes de atenção à saúde, o papel dos diferentes pontos de atenção, as conexões da rede, os fluxos e a comunicação; Identificar as possibilidades e limites das redes na garantia do acesso e na integralidade da atenção; Identificar os itinerários terapêuticos dos usuários na busca por acesso aos serviços de saúde; Identificar as lutas e resistências dos usuários para garantia do acesso as ações e serviços de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esse projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará e atenderá às normas emanadas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Será solicitada anuência institucional aos gestores estadual e municipal de saúde. Será elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido a ser assinado pelos informantes e pelos pesquisadores (responsável e colaboradores) em duas vias de igual teor. Ao convidarmos os sujeitos para participarem da pesquisa, esclareceremos sobre os objetivos e procedimentos do estudo, solicitaremos o consentimento livre e esclarecido de todos os participantes. Nessa abordagem, procuraremos oferecer todas as informações sobre a pesquisa de modo claro e apropriado para que os sujeitos possam decidir com autonomia se desejam ou não participar da mesma e que o consentimento para participar poderá ser retirado a qualquer momento. Será esclarecido o respeito ao sigilo sobre os informantes. Também será garantido o seu anonimato. Desta forma, esperamos

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br

ANEXO B – Anuência do município para realização da pesquisa



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

PARECER PROTOCOLO Nº 0174/2017

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do Projeto de Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, intitulado: PRÁTICAS DE CUIDADO: ações e estratégias da atenção primária à saúde, desenvolvido por KELLINSON CAMPOS CATUNDA sob orientação da profa. Dra. Lucia Conde de Oliveira.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado, a Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral autoriza a pesquisadora a coletar dados junto aos usuários, profissionais e gerente do CSF Dr. Grijalba Mendes Carneiro, bem como junto à coordenação da Atenção Primária da Secretaria da Saúde de Sobral.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga a pesquisadora de solicitar anuência aos participantes da pesquisa, devendo estes serem convidados mediante ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, as quais, enquanto instituição proponente, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Lembramos ainda que é de responsabilidade da pesquisadora encaminhar a esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão, como compromisso na devolução dos resultados da pesquisa para o sistema de saúde de Sobral.

Em caso de dúvidas, contate-nos pelo telefone: (88) 3614-5520 ou através do e-mail: comissao.cientifica1@gmail.com



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

Sobral, 11 de Janeiro de 2018

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenadora da Comissão Científica