

## Capítulo 2

Produção do cuidado no programa saúde da família de um município da região nordeste da Bahia:  
encontros e desencontros

Marluce Maria Araújo Assis  
Wilza Carla Mota Brito Lima  
Maria Angela Alves do Nascimento  
Túlio Batista Franco  
Maria José Bistafa Pereira  
Maria Salete Bessa Jorge

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ASSIS, MMA., *et al.* orgs. *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários* [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p. ISBN 978-85-232-0669-7. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

# CAPÍTULO 2

## PRODUÇÃO DO CUIDADO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NORDESTE DA BAHIA: ENCONTROS E DESENCONTROS

*Marluce Maria Araújo Assis; Wilza Carla Mota Brito Lima; Maria Angela Alves do Nascimento; Túlio Batista Franco; Maria José Bistafa Pereira; Maria Salete Bessa Jorge*

### INTRODUÇÃO

Em 1988, a Constituição Brasileira possibilitou o desenvolvimento de ações e estratégias na perspectiva de promoção da saúde e qualidade de vida, ao implantar o Sistema Único de Saúde (SUS), como política de saúde nacional. O SUS deveria ser respeitado em todo território brasileiro e nos serviços de saúde de qualquer natureza, devendo, para tanto, estar organizado com base em três diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; a participação da comunidade; e o atendimento integral.

Diante desse contexto, a Estratégia Saúde da Família, enquanto dispositivo de mudança do cuidado em saúde, evoluiu das características iniciais de um programa que operacionalizava uma política de focalização da Atenção Básica à Saúde (ABS) em populações excluídas do consumo dos serviços, para o sentido de estratégia com caráter substitutivo do modelo assistencial vigente, espaço de reorganização que possa garantir a universalização do acesso aos serviços de saúde (ASSIS et al., 2007; TEIXEIRA, 2003).

Assim, esse novo modelo teria que atentar para as necessidades de saúde da população em um determinado território, bem como articular mudanças na

organização da atenção de média e alta complexidade, guarnecidas por políticas de regulação e controle para assegurar a resolubilidade na rede de serviços. Resaltamos a necessidade de desenvolver um novo jeito de fazer saúde, incorporando o conceito positivo de saúde e a integralidade da atenção no cotidiano das práticas, deslocando, dessa forma, o olhar centrado na doença.

No campo das práticas em saúde integral, mas especificamente nas relações estabelecidas no processo de trabalho das equipes, as tecnologias são compreendidas como um conjunto de saberes e instrumentos que expressam, nos processos de produção dos serviços, a rede de relações sociais entre agentes e práticas, conformada em uma totalidade social que é constituída não apenas pelo saber, mas também por seus desdobramentos materiais e não-materiais (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Ao teorizar sobre a micropolítica do processo de trabalho em saúde, Merhy (2002) afirma ser um “trabalho vivo em ato”, possível de acontecer em um processo de relações, em ato, em ação, no momento do trabalho, agregando a intersubjetividade, sempre que possível. Considera que as tecnologias que permeiam o trabalho em saúde são de três tipos: leve, opera no campo das relações; leve-dura, a que é operacionalizada com base em um saber estruturado, agregando a clínica médica e a epidemiologia; e a dura, aquela que utiliza as máquinas, os recursos tecnológicos.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, crítico-reflexiva, por possibilitar o trabalho com universos de sentidos e significados sociais, e o envolvimento e a participação dos sujeitos por meio de diferentes olhares, saberes e práticas, capazes de refletir a totalidade do objeto em estudo em suas múltiplas dimensões.

O estudo foi realizado em duas unidades de saúde da família em que atuavam os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de um município da região Nordeste do Estado da Bahia, Brasil. Na atenção básica funcionam duas estratégias de reorganização: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). Até dezembro de 2008, o município contava com 24 equipes de saúde da família, responsáveis por 52% de cobertura da população. As equipes de saúde bucal foram implantadas em 2001, contando, até o término da pesquisa de campo, com 12 equipes.

Como ponto de partida foi definido um número de entrevistados por grupo de representação, totalizando 21 pessoas: Grupo I: trabalhadores de saúde – 2 médicos, 2 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem e 4 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Grupo II: 5 usuários que utilizam os serviços ofertados pelo PSF foram escolhidos aleatoriamente no momento da observação no campo; Grupo III: 6 informantes-chave: um coordenador do PACS/PSE, um supervisor de unidade de nível superior, um supervisor de nível médio, um coordenador do setor de regulação, controle, avaliação e auditoria, um coordenador do setor de planejamento e um conselheiro municipal de saúde.

Os dados foram coletados no período de agosto a dezembro de 2008, orientados por roteiro, constando informações acerca do participante do estudo, em relação às práticas desenvolvidas no PSF, por meio das dimensões de análise de acesso: tipo de demanda, número de vagas, consultas agendadas, critérios de marcação de consulta, entre outros; acolhimento, vínculo-responsabilização quanto às relações estabelecidas entre os membros da equipe e os usuários do programa e responsabilização na definição do projeto terapêutico; e resolubilidade, ou seja, encaminhamentos para outras unidades, como são resolvidas as demandas dos usuários. As entrevistas foram gravadas, transcritas e conferidas com a gravação oral. As observações das práticas duraram 32 horas e foram registradas em diário de campo. Os entrevistados foram apresentados pela classificação que receberam, enquanto grupos e numeração, de acordo com cada entrevista. Por exemplo: grupo 1, entrevistado 1 (GI, Ent. 1).

A análise dos dados foi orientada pelo método de análise de conteúdo temático, com base em Minayo (1999), e pelas observações da prática, que possibilitaram uma análise dos elementos subjetivos que atravessam a produção da prática, referentes aos diversos momentos de fluxo de usuários na rede de atendimento SUS.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da UEFS, que avaliou sua pertinência, objetivos e riscos e/ou benefícios a que estão vulneráveis os participantes da investigação.

Diante do exposto, a produção de práticas integrais no PSF deve ser pautada nas seguintes dimensões de análise: acesso, acolhimento, vínculo,

responsabilização e resolubilidade, conforme definições resumidas no Quadro 1, no primeiro capítulo deste livro.

Com base nessas considerações, estabelecemos o seguinte objetivo: analisar a produção do cuidado em saúde proporcionada pelo PSF de um município da região Nordeste da Bahia, considerando as dimensões de análise apontadas acima.

## 1 PRÁTICAS DE SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: PROCEDIMENTO CENTRADO E ORGANIZADO EM LINHAS DE CUIDADO PROGRAMÁTICAS POR GRUPO DE RISCO

O PSF, mediante a incorporação de novas práticas de saúde, com possibilidades de promover saúde e prevenir doenças, trabalha com população adscrita e grupos populacionais bem definidos e abre possibilidades para ser o local ideal para o exercício de práticas e saberes alternativos ao modelo hegemônico. Referente a isto, quando abordados sobre as práticas desenvolvidas, os entrevistados afirmaram:

O PSF foi modificado, pois o enfermeiro e o médico estão apenas medicando. O PSF, com tendência mais para saúde curativa, o PSF antes cuidava de toda uma família e via-se resultado. Hoje virou consultório; o paciente entra e muitas das vezes ele não chega nem a dizer o que sente [...] (G III, Ent. 6).

Aqui na unidade, o médico atende, passa o remédio e também, às vezes, manda nós pra outro local. A gente participa da consulta, quando fala pro médico o que a gente sente. (G II, Ent. 5).

Isso aí. A gente trabalha primeiro com as normas do Ministério, tratamento de hipertenso, a gente dá prioridade a quê? A medicação que tem do Ministério de Saúde [...] (G II, Ent. 8).

Constatamos, nos depoimentos dos grupos de entrevistados, que a prática desenvolvida no PSF está centrada em consultas médicas individuais e o

projeto terapêutico está pautado no ato prescritivo, contrariando a compreensão de uma estratégia que visa à transformação do modelo de atenção à saúde. Ou seja, teria que ser pautado na reorganização das práticas, articular e desenvolver projetos terapêuticos inclusivos, valorizar a singularidade de cada sujeito, bem como promover ações de saúde e preventivas que visassem intervir nas diversas dimensões relacionadas à forma de adoecer e sofrer das pessoas.

Os depoimentos dos entrevistados, expostos a seguir, convergem quanto à forma de organização do serviço de saúde, revelando que as equipes de saúde têm planejado suas ações com base na demanda e na oferta do atendimento aos usuários, incluindo linhas de cuidado direcionadas a grupos de risco. Neste sentido, contribuem para a permanência do modelo médico-centrado.

Trabalham na lógica das práticas programadas, ainda que entendam sobre a Estratégia Saúde da Família. Atendimento pautado na clínica e encaminhamentos para outros níveis de atenção, onde o contexto familiar ou outros problemas associados são desconsiderados. (G III, Ent. 1).

Cada equipe tem liberdade em usar estratégias para atender a sua demanda, seja por demanda organizada ou demanda espontânea, podendo ser ou não resolutivo. O serviço é distribuído por grupos de risco [...] (G III, Ent..2).

Utilizam demanda livre e organizada por grupos de risco. (G III, Ent.. 6).

Durante o processo de observação da organização dos serviços ofertados pelo PSF, constatamos que este tem se conformado na prática em linhas de cuidado/elenco de serviços direcionados a ações programáticas, pautadas nas diretrizes das políticas centrais.

As Ações Programáticas em Saúde constituem um modelo que delimita o objeto de intervenção no âmbito dos serviços como necessidades sociais de saúde (ASSIS et al., 2007), definidas em função de critérios demográficos, socioeconômicos e culturais, o que promove o estabelecimento de recortes populacionais sobre os quais incidem as ações programáticas.

Assim, o principal objetivo desta proposta seria tentar aperfeiçoar as práticas, com incorporação crítica dos saberes, dos conhecimentos e das tecnologias disponíveis, para delimitar os objetos de intervenção, que seriam, neste caso, os grupos populacionais específicos – mulheres, idosos – ou problemas específicos que se apresentavam na prática clínica, relacionando-os no espaço social mais amplo das determinações sociais e políticas, com perspectiva focalizada de atendimento às demandas de saúde da população.

Este modelo, para Teixeira (2003), apresenta lacunas numa perspectiva macro-organizacional do sistema, uma vez que os programas em geral têm sido verticalizados e normativos, sem levar em conta o processo operativo e as características específicas das populações de seus territórios, das condições reais de vida, ficando, dessa forma, sem trabalhar a ideia de ações territoriais de prevenção, riscos e agravos.

Dessa forma, a ação programática promove recortes populacionais direcionados para os ciclos de vida como: criança, adolescente, mulher, adulto, idoso.

Identificamos também que, não obstante a organização da prática obedecer a esta lógica, os informantes-chave percebiam como esta vinha se conformando, porém, em suas falas, não apresentaram propostas para a reversão desta situação, talvez por ainda não terem despertado, de fato, para os processos de mudança no cenário local.

## **2 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE RESTRITO E FOCALIZADO: DEMANDA ORGANIZADA X ESPONTÂNEA**

O PSF poderia ser considerado “porta de entrada” para o sistema local de saúde, operando com uma nova lógica do processo de trabalho, diante do “novo modelo” que determina mudanças na política de saúde local, na perspectiva de universalizar a atenção em saúde, conforme preconiza o SUS.

Com base nas informações empíricas, foi possível perceber a existência de problemas organizacionais na rede de serviços de saúde do município, referente ao acesso, não só na ABS, mas em toda a rede de saúde:

O PSF está muito longe de ofertar acesso e tem como nós o perfil profissional e a grande demanda. Algumas equipes ainda encaminham o usuário, outras não; a porta é fechada, aumentando, assim, a demanda, insatisfação e demora em responder a marcação e entrega dos exames. (G III, Ent. 2).

A coisa não funciona; alguma coisa está errada, que o povo começa a ser maltratado e reclama que o posto não funciona, que tem fila, ou que o médico não trabalha todos os dias, ou que atende um turno só. (G III, Ent. 3).

O acesso é focalizado, ao restringir o atendimento público a determinados serviços ou programas, e a universalização da atenção traduz-se em um sistema segmentado e desarticulado no âmbito interno do sistema público e na cadeia organizativa do sistema (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

Mesmo sendo contemplado dentro da política de saúde como facilitador para garantir o direito à saúde, o acesso aos serviços de saúde nem sempre tem sido garantido em sua concretude à população do município pesquisado. A realidade local, vivenciada durante o período da coleta de dados, revelou um sistema de saúde com serviços de atenção básica retratado em oferta restrita na porta de entrada: a recepção era modulada por cartazes informativos sobre o número de vagas, por ordem de chegada e por dias específicos para o atendimento a determinado grupo populacional, presença ou ausência do profissional, tipo de demanda e outros.

Evidenciou-se, durante o período de observação, que o acesso às consultas, em geral, era de responsabilidade da recepção da unidade, que utilizava como único critério para o número de vagas a serem distribuídas a ordem de chegada. Deste modo, não eram priorizadas as peculiaridades de cada usuário.

A primeira unidade operava com o acolhimento, como forma de organizar o serviço, porém mantinha o sistema de marcação de consultas para



médico com um diferencial, pois o usuário “[...] não precisava ir para a fila pegar a ficha” (G.II, Ent.5).

O PSF mantém um sistema de agendamento diário para consultas médicas; o agendamento para enfermagem ocorre com o pré-natal e a prevenção do câncer de colo de útero; para a odontologia, a distribuição de vagas e marcação do atendimento se dá em turnos, com dias e datas previamente agendadas por microárea, com exceção das intercorrências.

Dessa forma, constatamos, nas observações realizadas nesse município, que as “[...] recepções, nas unidades de saúde se mantêm burocratizadas e conduzidas por critérios administrativos e não técnicos” (SANTOS, 2005, p. 80), conforme estudo realizado anteriormente no mesmo município. Os depoimentos a seguir são confirmadores:

As pessoas levantam duas, três horas da manhã pra vim pra cá tirar uma ficha [...] (G I, Ent. 3).

[...] as filas continuam e os usuários saem de casa às 4 horas da manhã, sendo que o PSF só funciona as 7h30min e quando marca pra manhã atende, quando não, é pra tarde. (G II, Ent. 2).

O paciente vem marcar, pega uma fila e marca; quem chegar primeiro, de acordo com a quantidade que ele atende, vai ser atendido, e aqueles que vêm sem marcar, no caso de uma urgência, fazem uma triagem e vai, se necessário, ser atendido logo ou não. (G I, Ent. 6).

Vale ressaltar que, mesmo após ter conseguido ultrapassar a barreira para conseguir marcar a consulta, o usuário precisa “driblar” mais uma fila para conseguir ser atendido no dia em que a consulta está marcada.

Diferentemente, uma das equipes pesquisadas tem um sistema de marcação mensal, com organização baseada nas microáreas por ACS. Esta marcação contempla as consultas médicas, de enfermagem e dentista, mas o agendamento está atrelado à marcação realizada pelo próprio usuário e obedece à hora de chegada.

Assim, é possível apontar que o sistema de saúde municipal configura-se como um sistema excludente, sem garantias para o atendimento, ao qual as pessoas, na tentativa de conseguirem uma vaga, começam a chegar cada vez mais cedo. Dessa forma, esta constatação confirma pesquisa realizada anteriormente no município, que identificou o acesso do usuário ao sistema com base em “[...] demanda espontânea [...] a disputa travada por uma vaga para conseguir ser atendido é injusta, configurando o serviço como um serviço excludente, conflituoso e tenso” (SANTOS, 2005, p. 80).

Observamos que o atendimento se dá de forma estruturada, em que a oferta é modulada em conformidade com os programas ministeriais, revelando um sistema que opera com linhas de cuidado dirigidas a determinados grupos considerados de risco.

A observação revelou ainda a ocorrência de consultas “exageradamente rápidas”, realizadas em torno de cinco minutos/usuário, estabelecendo relações distantes entre os trabalhadores e os usuários. Os trabalhadores restringiam-se geralmente ao problema do momento, sem considerar movimentos capazes de identificar outros problemas que não estavam sendo postos naquele instante. O depoimento a seguir é ilustrativo:

Ainda que a demanda seja grande é preciso melhorar a consulta profissional e as relações interpessoais. É necessário mudar o olhar profissional para a valorização dos movimentos próprios que terá um impacto positivo. (G III, Ent. 3).

Em síntese, as práticas subjetivas são pouco consideradas, estabelecendo uma escolha para as relações direcionadas à queixa, conduta, consultas e ações pautadas em procedimentos, gerando baixa resolubilidade, na medida em que os problemas de saúde são resolvidos de forma fragmentada e focalizada.

Considerar o PSF como “porta de entrada” é buscar integrá-lo em uma rede com níveis crescentes de complexidade, com acesso facilitado à população adscrita por meio de ações humanizadas e acolhedoras, situando os usuários no centro do processo e com certo grau de resolubilidade na cadeia do sistema (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

Dessa forma, podemos pensar em uma atenção básica resolutive, que responda às necessidades de saúde de uma dada comunidade, como um lugar implicado num território de acesso facilitado e próximo à vida cotidiana dos cidadãos, permeável a sua participação que, comprometido com uma atenção integral e com ações coletivas e intersetoriais de saúde, possa ser agenciada por um trabalhador coletivo, com a pretensão de construir e incorporar tecnologias e ações de saúde de modo processual. Ou seja, nada é definido *a priori*, pois se articula com um processo histórico, que depende da capacidade de reivindicação e ampliação concreta das necessidades/direitos dos usuários, da dinâmica de ampliação do cardápio de ofertas por parte da equipe de saúde e do investimento de um dado governo no estímulo e viabilização desse processo.

Assim, o PSF poderia ser contemplado como um espaço propício de relações próximas com a população adscrita, para desenvolver trabalhos coletivos articulados com outros setores e com práticas incorporadas por tecnologias e ações de saúde, sendo operadas de modo processual em busca da garantia da satisfação das necessidades e direitos dos usuários.

Podemos imaginar a Saúde da Família como estratégia que busque a superação do modelo hegemônico, na tentativa de retratar a produção do cuidado em si, para a construção de processos intercessores mediados pelos espaços de escutas, de saberes e práticas interdisciplinares.

### **3 ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS NO PSF: LIMITES E CONTRADIÇÕES DAS “BOAS RELAÇÕES” X RESOLUBILIDADE**

O acesso está interligado ao acolhimento, sendo, portanto, necessário considerar que os serviços de saúde, para serem utilizados em sua plenitude, exigem a observância de outros aspectos além do acesso, a exemplo da confiança nos trabalhadores e na equipe, sem perder de vista a competência e responsabilização da equipe no atendimento ofertado na unidade de saúde.

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço, partindo da premissa que é preciso atender a todas as pessoas

que procuram os serviços de saúde, garantindo o acesso universal. Enfatizamos também a necessidade de reorganizar o processo de trabalho, deslocando o eixo centrado no profissional médico para outro que valorize o trabalho em equipe, qualificando a relação trabalhador-usuário, utilizando parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania, tal como proposto por Franco, Bueno e Merhy (2003).

Dessa forma, no presente estudo, uma equipe de saúde da família mostrou-se como a que desenvolve o acolhimento, e este foi determinante para as mudanças no PSF, contribuindo para o estreitamento dos laços entre profissionais e usuários e proporcionando, ainda que relativamente, a resolubilidade. O depoimento a seguir é esclarecedor:

[...] a equipe, após o projeto de pesquisa com intervenção, modificou a forma de organização do atendimento aos usuários, bem como a forma de acolher, como se portar diante da comunidade, como dar as respostas, sendo elas positivas ou negativas. (G I, Ent. 9).

O acolhimento possibilita modificação no processo de trabalho e potencializa a ação dos trabalhadores, uma vez que estes também passam a ser visualizados pelos usuários, que podem se sentir corresponsáveis pelo atendimento ofertado à comunidade, conforme refere a entrevistada:

[...] o acolhimento começa pela capacidade do profissional em convencer o usuário que existem prioridades. e então, se conversar, se fizer esse trabalho de conversa no balcão, eles entendem e aí ficam satisfeitos. Com isso, acabou fila de madrugada. (G I, Ent. 1).

O acolhimento está pautado em ética, tolerância entre os diferentes, inclusão social com escuta clínica solidária e compromisso da cidadania. Portanto é resultante das relações no processo de atendimento, no encontro entre trabalhadores e usuários, com possibilidades de negociações para identificar as necessidades, com consequente criação de vínculo, estímulo e aumento do coeficiente de autonomia, como referem Schimith e Lima (2004).

Durante o período da pesquisa, nas idas e vindas à unidade, percebemos as diferenças em seu agir no dia a dia, mesmo sem a presença do médico e/ou do enfermeiro. A população procura o PSF em busca de atendimento e/ou agendamentos.

Assim, a questão do atendimento está atrelada à demanda organizada pela oferta restrita na “porta de entrada” – a recepção. Nessa direção, a forma como se dá o acesso dos usuários ao PSF pode conflitar com o princípio da universalidade, considerando que este é regido por critérios como ordem de chegada, cartazes explicativos sobre número de vagas, dias específicos de atendimento dos grupos, trabalhador presente ou não na unidade, tipo de demanda, triagem ou seleção prévia de alguns casos, dentre outras formas de regular o acesso ao serviço.

Paradoxalmente, uma das equipes mantém o sistema verticalizado de atendimento, modulado apenas pelo agendamento de consultas de forma exclusiva, salvo os casos de emergência e urgência. Nas observações a este PSF, percebemos que, além do agendamento, o serviço é subdividido pelos critérios das microáreas por ACS. A marcação da consulta só ocorre uma vez por mês, excluindo possibilidades de atendimento por um período de 30 dias.

O diálogo seria a condição para acontecer o acolhimento, por meio da escuta e do envolvimento com a queixa do outro, na resolução dos problemas apresentados por ele, sendo imperiosa a corresponsabilização e procura pelo melhor cuidado.

Os depoimentos dos usuários convergem para o fato de que o início do estabelecimento de vínculo se dá pela recepção ou técnica de enfermagem e, nesse momento, são passadas todas as informações necessárias, às vezes até definindo se o caso apresentado pelo usuário é um problema a ser resolvido posteriormente ou não.

Assim, o direito de acesso ao serviço é cerceado pelos trabalhadores da recepção e configura-se como um desencontro entre o usuário e o serviço – um não acolhimento. Ou, como diz Merhy (1994, p. 138):

[...] a função da porta não é mais barrar e limitar o atendimento e, sim, responder aos problemas que ali aparecem de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves de que dispomos em nosso saber e em nossas relações.

Entretanto os usuários entrevistados mostraram-se satisfeitos com o serviço ofertado pelo PSF. Ainda que percebam as dificuldades em algum momento, de maneira geral apontam o atendimento como bom. A insatisfação apresenta-se em relação ao acesso aos serviços de média e alta complexidade. Para uma entrevistada:

O acesso a média e alta complexidade só existe na teoria [...] a cidade não tem oferta suficiente para a demanda existente e, ao invés de falar que não a tem, preferem criar barreiras. (G.II, Ent. 4).

As falas dos três grupos de entrevistados são retratadas nos fragmentos transcritos a seguir:

Falta informação quanto às cotas. A vaga existe e isso não acontece; as marcações se acumulam. Marcação não é garantia de atendimento chega lá não tem a vaga [...] (G III, Ent. 2).

[...] muito difícil eu receber uma contra referência de uma especialista. Hoje em dia estou fazendo relatório rápido de marcação. (G I, Ent. 1).

Para agendar e marcar as consultas, o usuário precisa vir de madrugada. Se a pessoa não chegar no horário certo, não tem mais ficha. As pessoas levantam duas, três horas da manhã, pra vim pra cá tirar uma ficha. (G II, Ent. 3).

Esta referência estaria associada à questão dos níveis de atenção à saúde, de acordo com o grau de necessidade de cada usuário e com base no grau de complexidade, para tentar ofertar atenção integral à saúde das pessoas, dentro das atribuições estabelecidas para cada nível de atenção, com um fluxo ordenado de usuários.

Consideramos difícil o acesso aos serviços especializados. Geralmente, a demora resulta de desistência por parte do usuário da consulta agendada, pois o número de consultas em especialidades é insuficiente frente às necessidades das pessoas, independente da “porta de entrada” que esteja sendo utilizada. Como as pessoas entram no serviço por onde é mais

fácil o acesso, o usuário teria que montar seu cardápio de serviços por sua conta e risco, para buscar onde fosse possível o atendimento que precisa (CECÍLIO, 1997).

O sistema de saúde local deve estar organizado de forma a atender os usuários nos procedimentos de maior complexidade, facilitando, assim, o acesso da população à resolubilidade de seus problemas de saúde. Durante o período de observação, foi possível perceber essa dificuldade, tanto por parte dos usuários quanto dos trabalhadores do PSF, que a enfrentam juntos, ainda que não compreendam estar lado a lado. Foi possível perceber, nos momentos da observação, certa angústia por parte dos profissionais, quando diziam mais uma vez ao usuário que o exame não havia retornado da marcação de consulta.

Nessa direção, cada equipe de saúde é responsável por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los. Isto ocorreria por meio da vinculação de cada equipe a certo número de pacientes previamente inscritos, pelo atendimento de certa parcela da demanda que espontaneamente procura a unidade, bem como pela responsabilidade em relação aos problemas coletivos, como admitem Merhy e Franco (2003).

Dessa forma, é necessário ampliar e reformar a rede básica de atenção à saúde, para que ocorra, de fato, maior resolubilidade no SUS, com promoção da saúde, prevenção de riscos e cuidado com as doenças, bem como a reabilitação de pessoas com problemas crônicos, tendo como “imagem objetivo”, a integralidade nos serviços de saúde com satisfação do usuário.

A pesquisa mostra os limites relacionados à resolubilidade de muitos problemas de saúde que chegam até as equipes de saúde. Pelas informações empíricas foi possível perceber problemas relacionados à falta de articulação na rede de serviços de saúde, dificultando a garantia do acesso da população aos diversos níveis de complexidade do sistema, que foge, em muitos momentos, da governabilidade dos trabalhadores de saúde.

#### 4 VÍNCULO – RESPONSABILIZAÇÃO: ENCONTROS E DESENCONTROS ENTRE EQUIPE, COMUNIDADE E GESTÃO DO PSF

A ABS, ao utilizar tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade para tentar resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância, deveria orientar-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade e responsabilização, humanização, equidade e participação social.

Assim, o vínculo, enquanto dispositivo orientador de práticas integrais, poderia ser usado para tentar compreender as relações sociais no interior das equipes, por meio do envolvimento entre os trabalhadores e as pessoas da comunidade do território adscrito, bem como do papel que a gestão tem assumido na busca da responsabilização e da interação entre os sujeitos na organização das práticas de cuidado.

Os depoimentos dos entrevistados do grupo dos trabalhadores convergem para a percepção da existência do vínculo entre a equipe do PSF e o usuário, como podemos constatar em suas falas transcritas a seguir:

Existe entre a equipe saúde e usuários um vínculo de confiança, interação; não existe um bloqueio, ir lá quando... um, não sei como perguntar quando chegar lá, então já existe uma boa convivência, não existe atrito, barreiras pra poder se dar esse contato direto é, comunidade e profissional. (Grupo I, Ent. 8).

Com os usuários também tem uma relação de confiança mesmo, porque, quando a gente procura fazer um bom trabalho, eles confiam. Então a gente tem mesmo esse vínculo muito grande, esse contato muito grande com a comunidade. Eles sabem que não existem barreiras entre a gente. Ele chega, tem a abertura ali, o canal é aberto o tempo todo, então isso favorece o vínculo e esse respeito que a gente tem. (Grupo I, Ent. 9).

O maior vínculo existe com os ACS e a comunidade, e de um ano prá cá que a equipe vem se aproximando mais dos usuários. Já tivemos aqui situação que o povo vinha porque não tinha jeito [...] e a responsabilidade... acha que todo mundo se responsabiliza. (Grupo I, Ent. 10).



Foi possível perceber que o grupo dos trabalhadores entende e sente a necessidade do estabelecimento do vínculo com os usuários. Em algumas equipes, entretanto, percebemos que ainda não conseguem interação com a comunidade, para o estabelecimento de vínculos com responsabilidade.

Dessa forma, a entrevistada 9 do grupo de trabalhadores, pertencente à equipe de saúde que trabalha com o dispositivo do acolhimento, afirma não existir barreiras entre a equipe e a comunidade, e a mudança na forma de acolher positivou a relação, construindo vínculo pela aproximação de quem cuida e de quem recebe o cuidado.

A mudança das práticas não é um ato isolado do trabalhador, visto que este precisaria de suporte consistente para desenvolver suas ações criativas. Entretanto, considerando que o sistema de saúde é desenhado como integrado, é preciso garantir o atendimento em todos os níveis de complexidade do sistema. Além disso, os trabalhadores teriam que estabelecer uma rede de compromissos com os usuários que demandam cotidianamente os serviços.

Para os entrevistados, alguns trabalhadores conseguem estabelecer mais vínculos do que outros, a exemplo dos ACS e enfermeiro. Vejamos o que dizem:

Informa que na USF quem se responsabiliza, normalmente é a enfermeira, mas a equipe toda toma conhecimento. (G I, Ent. 6).

O vínculo e o acolhimento acontecem a partir do agente comunitário, que cadastra as famílias, acolhe, orienta, apresenta para as pessoas o serviço de saúde, como é que ele funciona. (G I, Ent. 4).

Deste modo, o processo de vinculação da equipe não é uniforme, seria montado por etapas, nas quais apenas alguns trabalhadores vão criando laços com a noção de vínculo, associada apenas ao que seriam as “boas relações” para conhecer as pessoas e seus problemas, a amizade e o tratar bem.

Tomar conhecimento não é envolver-se e nem responsabilizar-se, uma vez que o vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, para que possa atender efetivamente as demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho

em saúde. Além disso, como alertam Schimith e Lima (2004), é necessário que o projeto de acolhimento e produção de vínculo seja de toda a equipe, a fim de que se concretize um trabalho humanizado, acolhedor e integral.

Para o estabelecimento de vínculo é preciso muito mais do que apenas conhecer as pessoas de sua área de abrangência; é necessário criar condições de envolvimento e compromisso, pela responsabilização e interação dos gestores, trabalhadores e usuários, na busca da organização das práticas do cuidado e, por conseguinte, do sistema de saúde.

Então, podemos concluir que, para criar vínculos, é preciso refletir sobre a responsabilidade e o compromisso que a equipe tem com o usuário de seu território social, e com os tipos de problemas que eles apresentam. Dessa forma, criar vínculos implica ter relações próximas e claras, com sensibilização com o sofrer do outro e/ou da população, com possibilidades de permitir a ocorrência do processo de transferência entre o usuário e o trabalhador, sempre em busca da construção da autonomia do usuário.

Não seria possível imaginar que apenas um trabalhador, sozinho, fosse capaz de criar vínculos, pois este precisaria de outros sujeitos para criar uma rede de proteção com responsabilidade em dar respostas aos problemas, que em sua grande maioria fazem interface direta com o sistema de gestão. Isto porque, algumas necessidades extrapolam o campo de ação da equipe e, portanto, necessitariam de uma ação mais resolutiva, comprometida com os usuários e com os profissionais, já que estes acabam por se sentir também desvinculados do sistema.

As entrevistas no grupo dos informantes-chave trazem algumas questões mais amplas, do ponto de vista da gestão, ao considerar que:

[...] um problema que poderia ser resolvido ali, apenas com um gesto, uma palavra, uma atitude, termina virando aquela bola de neve [...] (G III, Ent. 6).

[...] se não houver formação de vínculo afetivo, nada sai bom e, portanto, o usuário vai à busca de um atendimento mais especializado [...] e não vinculação no PSF. Significa dizer que esse paciente não volta para o PSF; pessoas não têm só hipertensão e diabetes. (G III, Ent. 5).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) deveriam ser resolutivas ao máximo, procurando sempre tentar resolver os problemas de saúde de seus usuários e encaminhar apenas os casos para os quais não tenham capacidade tecnológica, no sentido de tecnologia do tipo dura.

Ter ação resolutiva não se limita a ter uma conduta, mas, além disso, implica em colocar a possibilidade de usar tudo o que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do paciente. E também colocar à disposição do paciente toda a tecnologia disponível, a fim de conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, na dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde por ele demandados (MERHY, 1994).

Dessa forma, seria importante pensar o vínculo como um instrumento capaz de potencializar transformações na prática. Ele pode ser vislumbrado como a ideia de maior eficácia, por meio do aumento da cura como a noção que valoriza a constituição de espaços propícios à produção de sujeitos autônomos, tanto trabalhadores como usuários.

A gestão deve ter um papel primordial para criar possibilidades junto às equipes, para que estas se tornem vinculadas a sua comunidade e vice-versa, buscando efetivar na prática um SUS mais humanizado e acolhedor, na busca da integralidade das ações:

A coordenação do PSF tenta fazer a interlocução com as unidades de saúde, através do coordenador da unidade, do médico ou do enfermeiro, o motivo do problema do usuário não ter conseguido atendimento, na tentativa de identificar, se houve falha na relação da rede de serviços. (G III, Ent. 1).

Enfim, percebemos também que o papel do gestor não deve se limitar a fazer a interlocução entre o usuário e a equipe, quando o usuário não consegue atender a sua necessidade. Ou seja, precisaria ir muito além, promovendo e potencializando a equipe, mediante subsídios e resolução de problemas na rede SUS, impactando no dia a dia da unidade, para possibilitar o encontro entre os sujeitos envolvidos no processo.

## REFERÊNCIAS

- ASSIS, M.M.A. et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **R. APS**, Juiz de Fora, MG, v. 10, n. 2, p. 189-199, jul./dez. 2007.
- ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S; NASCIMENTO, M.A.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ci. & Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.
- CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **C. Saúde Públ.**, São Paulo, n. 13, p. 469-478, 1997.
- FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. In: MERHY, E.E. et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 37-54.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.
- MERHY, E.E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 27, p. 316-323, 2003.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- SANTOS, A. M. **Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA**. 2005. 228 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)

Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2005.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Públ.**, São Paulo, n. 20, p.1487-1494, 2004.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-27, 2003.