

Capítulo 3

Linhas do cuidado e responsabilização no PSF de um município da região sudoeste da Bahia: um olhar analisador

Adriano Maia dos Santos
Cláudia Nicolaevna Kochergin
Sandra Rego de Jesus
Daniela Arruda Soares
Marluce Maria Araújo Assis
José Patrício Bispo Júnior
Josenildo de Sousa Alves
Iva Karla Silva da Nóbrega
Maria Angela Alves do Nascimento

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 3

LINHAS DO CUIDADO E RESPONSABILIZAÇÃO NO PSF DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUDOESTE DA BAHIA: UM OLHAR ANALISADOR

Adriano Maia dos Santos; Cláudia Nicolaevna Kochergin; Sandra Rego de Jesus; Daniela Arruda Soares; Marluce Maria Araújo Assis; José Patrício Bispo Júnior; Josenildo de Sousa Alves; Iva Karla Silva da Nóbrega; Maria Angela Alves do Nascimento

APRESENTAÇÃO

Os catalisadores da discussão propostos por esta avaliação são as linhas que atravessam a produção do cuidado na prática das equipes da Saúde da Família, com um olhar analisador que possibilite investigar sua potência para desencadear processos criativos e inovadores ou, ao contrário, burocráticos, programáticos e não cuidadores.

O desafio de aproximação às possíveis respostas requer um esforço na leitura das abordagens de autores com inclinação para as análises comparadas de sistemas de saúde que adotaram a Atenção Primária em Saúde (APS), bem como de investigadores da vertente das análises institucionais e avaliadores das micropolíticas em saúde. Há, todavia, uma tendência na literatura de uma clivagem entre tais abordagens (macro e micro abordagens), o que representa uma visão parcial dos problemas estudados, embora tais opções teórico-metodológicas respondam a visões de mundo que *a priori* não devem ser tomadas como melhores ou piores.

O caminho metodológico empregado nesta investigação foi a pesquisa avaliativa de cunho quantitativo – estudo de caso. O cenário municipal foi

intencionalmente escolhido, pois atendia aos critérios da pesquisa multicêntrica, da qual esse recorte analisado faz parte. A coleta de dados foi realizada mediante a utilização de inquéritos validados em estudo realizado por Macinko, Almeida e Oliveira (2003), aqui aplicados a trabalhadores do Saúde da Família. Os sujeitos do estudo foram constituídos por 28 agentes comunitários de saúde (ACS), 10 auxiliares de enfermagem, 5 enfermeiros, 5 médicos, 4 auxiliares de consultório dentário (ACD) e 4 odontólogos, totalizando 56 trabalhadores. Do total das 38 equipes de PSF existentes, foram entrevistados trabalhadores de 13 Unidades de Saúde da Família (USF), correspondendo a 22 equipes.

1 PONTO DE PARTIDA

A Atenção Primária em Saúde (APS), denominada no Brasil de Atenção Básica, ganha corpo e torna-se uma estratégia de organização do sistema de saúde, a partir da década de noventa, pendulando entre políticas focalizadas e com pacote básico de serviços para grupos específicos ou, ao contrário, como atenção ampliada e porta de entrada preferencial, atuando como coordenador do sistema nos demais níveis de atenção (CONILL, 2008; SOUZA; HAMANN, 2009).

Inúmeras investigações acerca das reformas dos sistemas de saúde, em diferentes países, demonstram evidências que consubstanciam e dão robustez às iniciativas de implementação e defesa dos sistemas públicos universais baseados na APS (GIOVANELLA, 2006; OPAS, 2005; ROHDE et al., 2008; WHO, 2008).

Contudo, a avaliação sobre quais aspectos são peculiares a APS e capazes de torná-la uma estratégia de reforma setorial com capacidade para resolver os problemas de saúde da população requer o aprofundamento, segundo Macinko, Starfield e Erinosh (2009), em quatro temas: 1) no conceito da APS e em cada um de seus atributos – serviço de primeiro contato (porta de entrada), longitudinalidade (atenção ao longo do tempo), integralidade e coordenação entre os distintos níveis de atenção; 2) em estruturas conceituais que posicionem o lugar da APS em relação às influências biológicas, sociais e ambientais nos

estudos e sirva de parâmetro às avaliações de diferentes níveis e dados; 3) nas especificações e medidas dos sistemas de APS, incluindo estrutura (contribuições e políticas), processo (modalidade e disponibilidade de serviços), resultados e produção de saúde; 4) em desenhos rigorosos de pesquisas que avaliem os efeitos da APS ao longo do tempo, individual e coletivamente.

Além dos atributos da APS ou elementos estruturais, de acordo com Macinko, Almeida e Oliveira (2003), devem-se considerar também os elementos processuais – utilização de serviços e o reconhecimento das necessidades da população. Para os autores “[...] são necessários um dos quatro elementos estruturais e um dos dois elementos processuais (desempenho) para medir o potencial e o alcance de cada um dos atributos da atenção primária” (MACINKO; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2003, p. 247).

No Brasil, as análises e avaliações do Programa Saúde da Família (PSF) têm sido impulsionadas desde sua implantação como demanda acadêmica ou como necessidade de gestão, revelando “convergências e dissonâncias” com o Sistema Único de Saúde (SUS), (COHN, 2009), uma “agenda incompleta” em relação à cobertura para os grandes centros, a co-responsabilidade do financiamento e a política de capacitação, formação e educação permanente (SOUSA; HAMANN, 2009) e a gestão do trabalho (ASSIS; ALVES; SANTOS, 2008; OLIVEIRA, 2009).

Cada tópico citado abre um leque de possibilidades de novas investigações nas macro e micro políticas, podendo-se, portanto, canalizar esforços para vasculhar as entranhas do PSF nos mais distintos aspectos. Por sua vez, o debate e as avaliações em torno da implementação do PSF em grandes centros urbanos (mais de cem mil habitantes) têm sido induzidos pelo Ministério da Saúde, principalmente em municípios que foram contemplados com o Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF), cujo objetivo é ampliar a cobertura e o acesso à atenção primária nessas regiões, com expansão do PSF.

A cidade, cenário da pesquisa, na Bahia, com 318.901 habitantes (IBGE, 2009), atende a tal demanda e, por isso, faz parte desse esforço entre pesquisadores e gestores para avaliar a produção do cuidado em saúde e a construção da integralidade com base no PROESF. Com uma cobertura de 52%, o município apresenta os desafios para implementação do PSF comuns aos grandes centros urbanos. Para Nascimento e Costa (2009), os

desafios do modelo de saúde da família nos grandes centros urbanos seriam: exclusão e pobreza, situação territorial e predial, fragmentação e segregação, mobilidade e acesso, violência urbana, padrão de consumo de serviços, competição entre esferas de governo e financiamento.

As inquietações apresentadas até aqui se circunscrevem no terreno das macropolíticas, todavia a expansão da cobertura e do acesso é insuficiente para modificar os modos de produzir saúde, podendo, inclusive, reproduzir e/ou manter maneiras iatrogênicas no processo do cuidado, uma espécie de cuidado ao inverso.

Uma consideração importante é que a concepção da saúde é sempre polifônica, daí a diversidade de maneiras de materializá-la: ora informada pela biomedicina, ora pelo sobrenatural, ora pela tradição. Não há previamente uma verdade; há formas distintas de explicações e, conseqüentemente, de intervenções. A hegemonia do saber biomédico ocidental, muitas vezes, impõe uma única verdade que, dependendo da intencionalidade, traduz a saúde como um bem de uso ou de troca. Nesse sentido, também os sujeitos capturados por estas “verdades” constroem seu conjunto de valores, seus desejos e suas mediações com o mundo, produzindo distintos modelos de atenção e cuidado em saúde.

Por essa óptica, torna-se necessária uma avaliação que leve em conta os aspectos da *práxis* no processo de trabalho em saúde, ou seja, como os trabalhadores utilizam as tecnologias para produção do cuidado.

2 PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: TECNOLOGIAS PARA PROJETOS TERAPÊUTICOS CUIDADORES

No Brasil, muitas discussões têm ocorrido acerca do setor saúde, visando maior cobertura e resolubilidade das ações na rede de atenção, com ênfase na Saúde da Família. A prestação de serviços deve ocorrer de maneira a prover tecnologias diferentes e adequadas às necessidades apresentadas pelo indivíduo e pela coletividade. Assim, com a tecnologia apropriada, o sistema funcionaria baseado na referência e contra-referência, visando à integralidade e à produção do cuidado em saúde. A ideia básica da organização do sistema é

tornar o PSF a “porta de entrada” preferencial (coordenador), para que os demais níveis sejam coerentes com cada demanda/necessidade dos usuários.

Para tanto, o debate em torno do uso das tecnologias deve ser revisitado. O clássico *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*, de Mendes-Gonçalves (1994), é o ponto de inflexão para esse tema. O autor discute a questão do processo de trabalho em saúde e aprofunda a questão peculiar na intermediação entre trabalhador e usuário, constatando que ambos têm a mesma ontologia e se afetam reciprocamente. Na afecção dos sujeitos é que o trabalho em saúde se produz e o resultado é sempre fruto da ética do encontro. Contudo há uma assimetria tecnológica (o saber) entre trabalhador e usuário que posiciona este no processo de trabalho em saúde, enquanto sujeito (com autonomia e singularidade respeitadas), paciente (reduzido a um agravo, com autonomia limitada) ou consumidor/cliente (adscrito a uma enfermidade ou situação nosológica mensurável por um valor monetário).

Peduzzi e Schraiber (2009) debatem a produção de Mendes-Gonçalves e esclarecem a questão das tecnologias ou instrumentos de trabalhos que intermedeiam o encontro trabalhador-usuário durante o processo de trabalho, sendo esses materiais (equipamentos, medicamentos, entre outros) e não-materiais (os saberes). Os autores ressaltam que “[...] os instrumentos de trabalho tampouco são naturais, mas constituídos historicamente pelos sujeitos que, assim, ampliam as possibilidades de intervenção sobre o objeto” (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009, p. 322).

Uma abordagem mais ampliada e inventiva é proposta por Merhy (2007) em debate profícuo com a produção intelectual de Mendes Gonçalves (1994). O autor amplia esta rica produção, ao reconhecer que este fazia uma dobra entre tecnologia material e não-material, constatando que, nessa interface, o inusitado não era possível, pois o saber e os instrumentos materiais já estavam dados *a priori*, havendo pouco espaço para linhas de fuga. Nesse campo, Merhy (2007) inaugura uma terceira dimensão da tecnologia – a relacional. O autor percebe que, no mundo do trabalho em saúde, no encontro do trabalhador com o objeto de sua intervenção (usuário, paciente, cliente), a produção se dá no instante em que é consumido o que ele denomina de “trabalho vivo em ato” (MERHY, 2002) e essa dimensão tecnológica ele nomina de “tecnologia leve ou relacional”. As demais dimensões são renomeadas por Merhy (2002,

2007) como tecnologias duras (máquinas, equipamentos, protocolos, entre outros) e leve-duras (o conhecimento prévio, os saberes).

Com tais aparatos teóricos pode-se compreender a riqueza e a complexidade do processo de trabalho em saúde, ou seja, nos modos de produzir o cuidado. Não existe uma hierarquização entre as tecnologias, nem tampouco elas têm um valor em si mesmas; a categorização das dimensões tecnológicas permite aos *policy-makers* e *stakeholders* atentarem para as escolhas mais adequadas e qualificadas que deem conta de enfrentar os problemas de saúde individuais e coletivos.

Convergindo nessa discussão, Merhy (2002) e Merhy e Franco (2009) debatem a reestruturação produtiva. A questão em disputa é a mudança ou a manutenção do núcleo tecnológico na produção do cuidado. A reestruturação produtiva em saúde implica em organizar o processo de trabalho, reconhecendo que as motivações são diversas (corporativas, burocráticas, políticas, mercado ou pela qualidade no cuidado); sendo assim, não há garantias para que mudanças no processo de trabalho se revertam em melhores modos de cuidar; a dependência centraliza-se no modo de escolha e uso das tecnologias leves, leves-duras e duras. Ou seja, o que impacta na produção do cuidado é a mudança no núcleo tecnológico, por conseguinte na *práxis* do trabalho vivo em ato.

Por sua vez, a reestruturação produtiva e a incorporação de tecnologias leves mediadoras do cuidado não podem depender da “boa vontade” de cada trabalhador ou do “perfil/vocação” de cada sujeito. A gestão precisa ser qualificada (projeto político implicado com o público) e a cultura organizacional (singularidades do processo de trabalho) precisa convergir para um projeto de reciprocidades de responsabilidades com a vida das pessoas. Rivera (2006) problematiza tais possibilidades com a proposta de uma Gestão pela Escuta.

Sem a incumbência de esgotar tais provocações, percebe-se que a reestruturação produtiva em saúde só tem sentido mediante o uso racional das tecnologias, embasadas em evidências racionais, direcionadas para o cuidado das pessoas, na perspectiva de incorporação de modos tecnológicos de trabalhar que respondam a um ideal de solidariedade, alicerçado nos pilares da universalidade, equidade e participação das pessoas nas escolhas. Assim, mais que reestruturar a produção, precisa-se valorizar os atos de

fala e realizar escutas qualificadas, estabelecer vínculos, pactuar responsabilidades, mediante transição tecnológica, na qual o trabalho vivo seja o cerne do processo de trabalho.

3 PROCESSOS FORMATIVOS PERMANENTES E A INTRODUÇÃO DE NOVOS DISPOSITIVOS PARA O CUIDADO

Julga-se imprescindível, com base em Campos (2000) e R. Campos e G. Campos (2006), a mudança nos serviços de saúde a partir da discussão colegiada entre os diferentes sujeitos sociais. Por meio da co-participação, os ruídos seriam captados, transformando-se em possibilidades de construção de uma nova maneira de conceber e ofertar os serviços, para que estes deem conta de responder às expectativas do usuário e do trabalhador em saúde.

Na mesma direção, ideias inspiradas em Merhy (2007) propõem a evidência dos trabalhadores em saúde como sujeitos políticos, disponibilizando o conhecimento como tecnologia principal, para dar conta de novos arranjos nos processos de trabalho em saúde. Para o autor, os trabalhadores estão condenados à liberdade no agir, estando, portanto, implicados, inexoravelmente, com a produção da vida.

Essa tecnologia (o saber), potencializada nos espaços educativos/formadores, deve ser compartilhada entre a gestão, os trabalhadores e os usuários, valorizando a potência de cada sujeito, para garantir sua autonomia e, desta forma, permitir um avanço qualitativo no processo de trabalho em saúde. Na verdade, cada trabalhador é também gestor do cuidado, existindo, nesse sentido, microgestões na produção do cuidado em saúde a cada encontro entre trabalhador-usuário. Compreender e desencadear formas democráticas de manifestação desses processos, bem como criar formas de captar/avaliar tais aspectos microssociais é o desafio posto às novas pesquisas em saúde.

Conceber tal aspecto requer uma gestão dos processos de trabalho atenta a uma nova dimensão – a educacional – que tencione a formação dentro das Instituições de Ensino Superior e Instituições de Ensino Técnico, abrindo

espaços, nos serviços, à Educação Permanente para os dirigentes do sistema e para o conjunto de trabalhadores do serviço. É preciso também que viabilize a compreensão do significado do processo de ensino-aprendizagem para que, concretamente, produza ações educativas/de cuidado em saúde na comunidade que impactem nos indicadores sociais, tornando-se uma atividade menos burocrática e/ou menos amadora.

Considera-se que o trabalho em saúde, além de exaustivo, pode contribuir para a alienação dos trabalhadores, caso estes não sejam estimulados permanentemente a aprender no cotidiano, bem como não encontrem espaço para transbordar sua criatividade. A Saúde da Família, com a necessidade de 40 horas semanais de trabalho, pode tornar-se um território de negação da aprendizagem, da intolerância, da dependência da tecnologia dura, pela insatisfação dos trabalhadores, que se sentem aprisionados, destituídos de um projeto coletivo.

Tal situação ocorre de maneira complexa: pela formação desarticulada com os princípios do SUS (divisão técnica e social do trabalho), pelo desejo de satisfação individual centrada na remuneração (ordem mercadológica), pelo perfil ético-político de cada sujeito ou pela falta de uma estratégia local de estímulo da educação vinculada ao processo de trabalho.

A compreensão do Sistema Único de Saúde e da Saúde da Família, do conceito de saúde-doença e/ou de educação, bem como todo o seu arsenal teórico-metodológico, não são gerados espontaneamente nos sujeitos da prática; precisam ser estimulados, desenvolvidos, aprendidos, experimentados. Daí que gestões que apenas supervisionam o trabalho das equipes, cobrando desempenho e produtividade, esbarram numa constatação: trabalhadores resilientes às mudanças, mesmo quando cobrados, e equipes que, apesar de aderentes ao trabalho, tornam-se desestimuladas e deixam de inovar, ou mesmo perdem a coesão/adesão com o trabalho, com o passar do tempo.

Tal problemática torna-se uma barreira para as gestões, mesmo as mais bem intencionadas, daí a necessidade de modelos flexíveis, que integrem o trabalho ao processo de educação em serviço e reconheçam o protagonismo dos trabalhadores, enquanto gestores e produtores do cuidado. O trabalhador precisa falar e ser ouvido, para que possa exercitar em sua prática uma clínica ampliada (CAMPOS, 2003), comprometida e resolutiva. Esse pode ser o

caminho para a inversão do núcleo tecnológico, uma inflexão entre a reestruturação produtiva e a transição tecnológica.

Partindo desse pressuposto, os formuladores de políticas, entre outras questões, devem garantir condições de trabalho que permitam a ampla criatividade e a boa qualidade dos serviços oferecidos. A educação permanente, por exemplo, pode catalisar a criatividade de cada sujeito e de todos, em conjunto, desalienando a gestão, que pode se tornar mais porosa às demandas dos trabalhadores e usuários. A correnteza contrária também é esperada, ou seja, trabalhadores e usuários valorizados e percebidos podem, na fluidez do processo, tornar-se mais engajados e partícipes na concretização de modelos de cuidado que representem uma transição tecnológica voltada para a coletividade.

Com esse alerta, consideram-se as ambiguidades da Saúde da Família e o caráter provisório de toda análise/avaliação. Assim, pensar em transformação é, dialeticamente, considerar a potência dos sujeitos e a historicidade dos processos de trabalho e os polissêmicos sentidos e significados no modo de cuidar das pessoas e produzir saúde.

4 RESULTADOS SEGUNDO TRABALHADORES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUDOESTE DA BAHIA

Selecionou-se, com base nos inquéritos, duas dimensões de análise da produção do cuidado em saúde – linhas de cuidado/ elenco de serviços (Quadro 1) e coordenação/responsabilização (Quadro 2).

Os formulários apresentados aos trabalhadores de saúde elencaram conjuntos de ações e práticas de trabalho relacionadas, respectivamente, às dimensões citadas: 1 – Quais os serviços/atividades oferecidos ao usuário/família nesta USF? 2 – a) Quais ações fazem parte da organização do trabalho na USF?; b) A ESF tem autonomia para decidir questões técnico-operacionais da USF?; c) Quais os instrumentos existentes e as atividades realizadas na USF?

Os Quadros 1 e 2 sistematizam as respostas entre o Grupo I (médicos, enfermeiros e odontólogos) e o Grupo II (técnico de enfermagem, ACS e ACD) para cada dimensão da produção do cuidado avaliada.

As linhas de cuidado/elenco de serviço (Quadro 1) correspondem às ações elencadas (36 itens) como serviços de APS, componentes do processo de trabalhos das equipes de PSF. Os trabalhadores tiveram liberdade para apontar/indicar as ações desenvolvidas em sua USF.

Os percentuais elencados nos Quadros 1 e 2 correspondem à proporção de trabalhadores que identificaram o referido item como ação integrante do processo de trabalho da equipe de saúde da família da qual fazem parte.

As ações referentes à saúde da mulher corresponderam a altas frequências: pré-natal (98,2%), preventivo de câncer ginecológico (98,2%), planejamento familiar (100%). A saúde infantil também se apresentou como corriqueira: teste do pezinho (98,2%), vacinação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (100%).

Atividades promocionais e preventivas comportam de forma expressiva o processo de trabalho nas USF do município: orientação/atividades educativas (100%); orientação tratamento de água no domicílio (69,6%); ações de vigilância sanitária (60,7%); ações de vigilância epidemiológica (85,7%); sala de espera (89,3%); verificação da pressão arterial, controle do diabetes e hipertensão (100%); saúde bucal (98,2%). Entre essas ações, as de menores registros foram: a orientação sobre coleta de lixo (44,6%), atenção à saúde do adolescente (62,5%) e combate à desnutrição infantil (76,8%).

Os trabalhadores apontam ainda os serviços individuais realizados: consulta médica (94,6%); consulta de odontologia e enfermagem (100%); curativos (92,9%); injeções (96,4%); dispensação de medicamentos (98,2%); controle/tratamento de doenças epidêmicas (87,5%) e doenças endêmicas (92,9%); atendimento e encaminhamento de DST, respectivamente 91,1% e 98,2%; atendimento a adultos/idosos (96,4%); em menor proporção, as pequenas cirurgias (25%).

O elenco de serviços dos trabalhadores no PSF, na cidade avaliada, completa-se com atividades domiciliares (98,2%), coleta de sangue e sumário de urina/parasitológico (83,9% e 66,1%, respectivamente), acompanhamento a grupos específicos (98,2%). Por fim, quando perguntados sobre a existência

de protocolos específicos para atendimento, 80,4% dos entrevistados responderam positivamente.

Os dados referentes à coordenação/responsabilização (Quadro 2) respondem à forma de continuidade, ou seja, o compromisso dos trabalhadores com o processo terapêutico do usuário, bem como sinaliza a capacidade da equipe do PSF para gerir o cuidado em seu microsistema. O Quadro 2 traz os mecanismos de organização das ações de saúde e os instrumentos/atividades na USF; as frequências variam entre os trabalhadores, refletindo uma assimetria de informação/compreensão entre os Grupos I e II.

Em relação aos mecanismos de organização das ações, encontra-se que o trabalho em equipe tem alta frequência para os dois grupos (78,6% e 97,6%). As demais ações têm proporções menores: gestão colegiada (35,7% e 45,2%), socialização das informações/reuniões periódicas (71,4% e 76,2%), planejamento participativo (57,1% e 66,7%), eleições diretas para escolha dos gerentes de cada unidade (14,3% e 2,4%), comunicação informal para tratar problemas (42,9% e 69%), participação dos CLS na condução das atividades (57,1% e 64,3%).

Quando os trabalhadores são inquiridos se possuem autonomia para decidir sobre questões técnico-operacionais da USF, 66,1% respondem negativamente.

Em relação aos instrumentos e atividades, todos afirmam que há registro de todas as consultas e ocorrências, além disso, o registro de imunização é relatado por 96,4%. As normas para referência e contrarreferência e para transferência são apontadas, respectivamente, por 82,1% e 64,3% dos entrevistados. Relacionados aos procedimentos de integração com a rede, encontram-se os seguintes resultados: informação sobre o usuário entre os serviços de referência e contrarreferência (69,6%); discussão entre profissionais e usuários sobre locais de atendimento para outros serviços (78,6%); encaminhamento dos resultados de exames laboratoriais (41,1%).

Além disso, nas USF é realizada coleta de materiais para exame laboratorial (75%); agendamento de consulta para retorno dos usuários com exames feitos (71,4%); supervisão periódica das referências aos outros níveis de atenção (58,9%); acesso dos usuários aos prontuários (8,9%); e auditoria periódica dos prontuários (10,7%).

5 LINHAS DE CUIDADO E RESPONSABILIZAÇÃO NO PSF: UM OLHAR ANALISADOR

Na referida pesquisa, os dados empíricos apontam para direções diversas, podendo, os investigadores, caminhar sem direção, daí a opção teórica de recortar-se a discussão e circunscrevê-la no território das linhas de cuidado, apontando as diferentes tecnologias. *A priori*, a discussão acerca de tecnologias requer um arsenal e um aporte qualitativo, contudo procurou-se debater tais questões com os dados quantitativos desta pesquisa, apostando na análise sobre os itinerários apontados no modo de fazer dos trabalhadores, acreditando ser possível encontrar pistas para caracterizar e avaliar a produção do cuidado em saúde.

As linhas de cuidado ficaram diluídas no elenco de serviços (Quadro 1), o que opacifica a real dimensão do cuidado, entretanto mostram o primeiro ganho concreto do PSF – a atenção na equipe multiprofissional. Diferente dos países europeus, berço dos sistemas de proteção social, a assistência à saúde de primeiro contato, no Brasil, é realizada por um grupo de distintos profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e odontólogos), enquanto naqueles a assistência é predominantemente médica. Neste aspecto, Campos (2007, p. 304) destaca que “[...] o Programa de Saúde da Família – estipula a maior e mais complexa equipe entre todos os sistemas públicos atualmente existentes”.

A característica do trabalho em equipe no PSF aumenta a oferta de serviço, amplia as possibilidades do cuidado (ações e saberes) e concorre para maior integralidade no processo de trabalho, contudo “[...] configuram-se não somente trabalhos diferentes tecnicamente, mas também desiguais quanto a sua valorização social” (PEDUZZI, 2001, p. 107). Todos os trabalhadores (100%) apontaram a existência de consultas de enfermagem e odontológicas nos PSFs estudados, revelando o caráter multiprofissional e, principalmente, um cuidado distribuído entre os profissionais.

Por outro lado, a consulta médica, prática estruturante dos serviços de saúde e derivadora das demais práticas em saúde (PEDUZZI, 2001), apareceu com leve ausência (<7%), sinalizando a conhecida dificuldade de fixação desse profissional na rede de atenção de primeiro nível (OLIVEIRA, 2009).

Retomando a atenção de enfermagem e odontológica, aposta-se que a presença desses profissionais fortalece o atributo acesso e porta de entrada, uma vez que os usuários procuram a unidade de saúde como serviço de busca regular, à medida que encontram respostas diversificadas e qualificadas a suas demandas (GIOVANELLA et al., 2009). Por sua vez, a ausência do médico reforça a fragilidade para expansão e sustentabilidade do programa, principalmente em grandes cidades.

Uma faceta a ser explorada situa-se na própria transformação do valor social do médico, ou seja, a APS, ao aproximar distintos profissionais e designar uma prática em equipe multiprofissional, tensiona o processo de trabalho de todos os trabalhadores, que precisarão negociar entre si a terapêutica mais apropriada, cooperar, além de contribuir para fortalecer a imagem de outros profissionais na produção do cuidado (WHO, 2008).

O trabalho em equipe é reconhecido pelos profissionais do cenário investigado (92,9%), que apontam a socialização das informações em reuniões periódicas (75%) no processo de trabalho (Quadro 2). A riqueza da estratégia brasileira diferencia-se ao aliar o processo de trabalho assistencial ao apoio técnico dos trabalhadores de nível médio e, principalmente, ao incluir o agente comunitário de saúde (ACS) como elo entre equipe-comunidade. Tais arranjos, restringindo-se a inclusão de novos sujeitos, não significam uma reestruturação produtiva, sendo necessário haver concomitantemente mudança no processo de trabalho, ainda que novos sujeitos possam abrir processos de mudança também na produção do cuidado.

O compartilhamento em reuniões periódicas (75%), o planejamento participativo das ações (64,3%), a comunicação informal para tratar de problemas da unidade e dos usuários (62,5%) e a participação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) na condução das atividades (62,5%) – Quadro 2, ainda que não sejam reconhecidos por todos os sujeitos, são indicativos de um processo de trabalho diferenciado, ou seja, as tecnologias relacionais aparecem para permitir um projeto assistencial comum “[...] pela mediação simbólica da linguagem” (PEDUZZI, 2001, p. 108).

Os dados coletados apresentam um elenco de serviços que evidenciam uma série de oportunidades para fortalecimento dos atributos porta de entrada e integralidade. As ações relacionadas à criança (vacinação, teste do

pezinho, crescimento e desenvolvimento), bem como ligadas à saúde da mulher (planejamento familiar, pré-natal e preventivo de câncer ginecológico) são referidas com frequência superior a 98% (Quadro 1). Tais elementos empíricos marcam a importância do núcleo materno-infantil na APS, contudo a discussão atual defende um elenco de ações de cuidado qualificado e longitudinal, em contraposição a um pacote básico e focalizado (WHO, 2008).

Do mesmo modo, atividades relacionadas à saúde do adulto e idoso (96,4%) e os cuidados concernentes às condições crônicas (controle da pressão arterial e do diabetes – 100%) são elementos prioritários e reconhecidos pelos trabalhadores da Saúde da Família. Percebe-se uma continuidade ao longo da vida, o que fortalece o atributo da longitudinalidade da APS. Todavia parece haver uma interrupção no referido atributo, pois as ações direcionadas à saúde do adolescente são apontadas por apenas 62,5% dos sujeitos inquiridos (Quadro 1).

Uma das atribuições da equipe de Saúde da Família, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), é desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-enfermidade no nível individual e coletivo para defesa da qualidade de vida. Tal atividade foi referida por 100% dos trabalhadores, além de ações como sala de espera (89,3%), orientação sobre a coleta de lixo (44,6%), orientação sobre tratamento de água no domicílio (69,6%), vigilância sanitária (60,7%) e epidemiológica (85,7%), sugerindo ampliação das responsabilidades das equipes (Quadro 1) e a incorporação de práticas que vão além da clínica tradicional. As atividades educativas em saúde exigem dos trabalhadores a capacidade de intersubjetividade. Essa prática abre uma fissura no componente prescritivo, uma vez que, para educar, os sujeitos precisam interagir. Há, porém, a possibilidade de captura dos sujeitos pela ação instrumental, realizando tal ação de forma vertical e meramente informativa e autoritária, não se constituindo enquanto educação, de fato. Para um lado ou para outro, contudo, o processo de trabalho no PSF, com base em novas práticas, pode representar uma ruptura no agir unicamente técnico e centrado na intervenção médica e na doença. Assim, práticas educativas têm potência e podem encontrar espaço para incidirem no processo do cuidado, ampliando o plantel de ações na produção da saúde. Assim, deve-se reconhecer um processo dialético no PSF, que tem mudanças conduzidas por vários trabalhadores, convivendo ao mesmo tempo e no mesmo lugar com práticas tradicionais, hegemônicas e procedimento-centradas.

No mesmo trajeto, o atendimento domiciliar, apontado por 98,2% (Quadro 1), pode conformar-se como uma prática cuidadora que desafia a clínica tradicional ou como extensão dos arranjos instrumentais da clínica. Entretanto, se o processo de trabalho estiver centrado no usuário, a expansão do cuidado clínico ao domicílio repercutirá num rearranjo do fazer dos profissionais.

No *habitat* do usuário, o cuidador depara-se com a realidade sociocultural do indivíduo sob cuidado. Nesse momento, o processo de trabalho e o aparato de segurança clínica encaram o inusitado, tensionando as habilidades do profissional para lidar com o “trabalho vivo em ato” no contexto real, diferente da artificialidade a que este trabalho é submetido na hermeticidade alienante do consultório. Essa provocação permite que o trabalhador da saúde valha-se de sua “caixa de ferramentas tecnológicas” e possa fazer uso da mais adequada e/ou disponível, a depender da necessidade do usuário. Assim, mesmo que o profissional sucumba à racionalidade instrumental, o cenário do cuidado impõe a utilização da tecnologia relacional como mediadora do ato terapêutico.

Estudos defendem a necessidade de qualificação e aumento do elenco de serviços nas unidades de Saúde da Família para torná-las porta de entrada preferencial dos usuários, para além da retórica institucional, invertendo a racionalidade piramidal para um modelo cooperativo pensado como um círculo (CECÍLIO, 1997). Além disso, a equipe necessita coordenar os serviços, para referenciar as demandas pertinentes aos níveis de média e alta complexidade, e receber desses as contrarreferências para prestar o cuidado contínuo. O Relatório da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008, p. 59) alerta:

[...] equipes de atenção primária não podem responsabilizar-se de uma forma integral pela saúde de uma população sem o apoio de serviços especializados e de organizações e instituições exteriores à comunidade servida.

Os dados empíricos evidenciaram que as equipes de PSF prestam serviços como coleta de exames laboratoriais (75%) – Quadro 2, dispensação de medicamentos (98,2%) e pequenas cirurgias (42,9%, entre os profissionais de nível superior) – Quadro 1, além de normas de referência e contrarreferência

(82,1%) e informações desses serviços para os usuários (69,6%) – Quadro 2. Tais ações aumentam a densidade tecnológica das equipes (tecnologias duras e leve-duras), mas pressupõem também a responsabilização pelo itinerário dos usuários adscritos, ou seja, requerem um olhar para além da enfermidade, articulação com os demais níveis de atenção e implicação com os projetos terapêuticos.

Pode-se inferir, então, que a qualificação e o aumento do elenco de serviços, se por um lado pode representar apenas uma reestruturação produtiva, por outro pode viabilizar a produção do cuidado sustentado pela adesão dos usuários à unidade e o aumento de confiança nos profissionais, impactando no vínculo, na responsabilidade e, principalmente, na resolubilidade e qualidade do trabalho em saúde, o que representa, por conseguinte, uma transição tecnológica nos processos de trabalho.

LINHAS DE CUIDADO/ ELENCO DE SERVIÇOS	GRUPO I %	GRUPO II %	TOTAL %
	Médicos, enfermeiros, odontólogos	Téc. enfermagem, ACS, ACD	
Consulta médica	92,9	95,2	94,6
Consulta odontológica	100,0	100,0	100,0
Consulta de enfermagem	100,0	100,0	100,0
Atendimentos para adultos/ idosos	100,0	95,2	96,4
Orientação/atividades educativas	100,0	100,0	100,0
Planejamento familiar	100,0	100,0	100,0
Curativos	92,9	92,9	92,9
Injeção	85,7	100,0	96,4
Verificação de pressão arterial	100,0	100,0	100,0
Vacinação	100,0	100,0	100,0
Saúde bucal	100,0	97,6	98,2
Dispensação de medicamentos	100,0	97,6	98,2
Controle de diabetes	100,0	100,0	100,0
Controle de hipertensão arterial	100,0	100,0	100,0
Teste do pezinho	92,9	100,0	98,2
Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	100,0	100,0	100,0
Orientação sobre coleta do lixo	42,9	45,2	44,6
Acompanhamento pré-natal	92,9	100,0	98,2

(continua)

LINHAS DE CUIDADO/ ELENCO DE SERVIÇOS	GRUPO I %	GRUPO II %	TOTAL %
	Médicos, enfermeiros, odontólogos	Téc. enfermagem, ACS, ACD	
Preventivo de câncer ginecológico	92,9	100,0	98,2
Atenção à saúde do adolescente	50,0	66,7	62,5
Coleta de sangue	85,7	83,3	83,9
Coleta (sumário de urina e parasitológico)	57,1	69,0	66,1
Atendimento no domicílio	92,9	100,0	98,2
Atendimento de DST	100,0	88,1	91,1
Encaminhamentos dos casos de DST	92,9	100,0	98,2
Controle/tratamento de doenças endêmicas	92,9	92,9	92,9
Controle/tratamento de doenças epidêmicas	92,9	85,7	87,5
Pequenas cirurgias	42,9	19,0	25,0
Combate a desnutrição infantil (multimistura)	71,4	78,6	76,8
Orientação tratamento de água no domicílio	57,1	73,8	69,6
Ações de Vigilância Sanitária	35,7	69,0	60,7
Ações de Vigilância Epidemiológica	71,4	90,5	85,7
Acompanhamentos de grupos específicos	92,9	100,0	98,2
Sala de espera	85,7	90,5	89,3
Protocolos específicos atendimento maioria dos serviços mencionados	78,6	81,0	80,4

Obs.: Grupo I (n=14); Grupo II (n=42); Total (n=56).

Quadro 1. Linhas de cuidado/elenco de serviços, segundo trabalhadores de saúde do Programa Saúde da Família de um município da região Sudoeste da Bahia, 2009

COORDENAÇÃO/ RESPONSABILIZAÇÃO	GRUPO I %	GRUPO II %	TOTAL %
	Médicos, enfermeiros, odontólogos	Téc. enfermagem, ACS, ACD	
Mecanismo de organização			
Gestão colegiada	35,7	45,2	42,9
Trabalho em equipe	78,6	97,6	92,9
Socialização das informações/ reuniões periódicas	71,4	76,2	75,0
Planejamento participativo	57,1	66,7	64,3
Eleição direta para escolha dos gerentes de cada unidade	14,3	2,4	5,4

(continua)

COORDENAÇÃO/ RESPONSABILIZAÇÃO	GRUPO I %	GRUPO II %	TOTAL %
	Médicos, enfermeiros, odontólogos	Téc. enfermagem, ACS, ACD	
Comunicação informal para tratar problemas unidade/usuários	42,9	69,0	62,5
Participação do CLS na condução das atividades	57,1	64,3	62,5
A ESF tem autonomia para decidir questões operacionais da USF	30,8	36,6	33,9
Instrumentos e Atividades			
Registro obrigatório de todas as consultas e ocorrências	100,0	100,0	100,0
Registro das imunizações	92,9	97,6	96,4
Normas para referência e contrarreferência	71,4	85,7	82,1
Normas para transferência de informações	57,1	66,7	64,3
Discussão entre profissionais e usuários sobre locais de atendimento para outros serviços	78,6	78,6	78,6
Informação sobre o usuário entre os serviços de referência e contrarreferência	57,1	73,8	69,6
Coleta de materiais para exames laboratoriais	71,4	76,2	75,0
Encaminhamento dos resultados dos exames laboratoriais para as unidades	50,0	38,1	41,1
Agendamento de consultas subsequentes para retorno do usuário com exames feitos	78,6	69,0	71,4
Supervisão periódica das referências aos outros níveis de atenção	50,0	61,9	58,9
Acesso dos usuários aos prontuários	21,4	4,8	8,9
Auditoria periódica dos prontuários	14,3	9,5	10,7

Obs.: Grupo I (n=14); Grupo II (n=42); Total (n=56).

Quadro 2. Coordenação/responsabilização, segundo trabalhadores de saúde do Programa Saúde da Família de um município da região Sudoeste da Bahia, 2009

6 LINHA DE CHEGADA OU NOVO ITINERÁRIO?

A Estratégia Saúde da Família apresenta-se como um dispositivo de reorientação das práticas sanitárias, além de representar possibilidades de inovações tecnológicas, necessárias à produção do cuidado em saúde.

O cenário municipal escolhido está circunscrito pela complexidade e dilemas comuns aos grandes centros urbanos: exclusão e pobreza, situação territorial, violência urbana, padrão de consumo de serviços, financiamento, dificuldades para fixação de alguns profissionais, dentre outros. Nascimento e Costa (2009, p. 76) complementam:

[...] mesmo com o PROESF contribuindo para acelerar o ritmo de expansão de sua implementação nas grandes cidades, a operacionalização [...] não tem sido uma tarefa fácil, uma vez que as características dos aglomerados urbanos, por si só, já justificam as dificuldades relativas à implantação dos desenhos prescritos [...]

O cotejamento dos dados permitiu visualizar que os dois grupos, trabalhadores de nível superior e demais trabalhadores, tiveram respostas praticamente uniformes, divergindo em questões pontuais, geralmente quando se tratava de alguma ação muito peculiar relativa ao processo de trabalho de um determinado profissional. Essa evidência demonstra que, independente do processo de cuidado que os trabalhadores produzem, há concordância entre os membros das equipes e uma percepção comum. Tal constatação denota ainda que qualquer intervenção para impactar na qualidade da atenção necessitará envolver todos os componentes da equipe de saúde.

Campos (2000) problematiza essa questão, ao referir a necessidade de um trabalhador envolvido e motivado, cujo trabalho garanta autonomia, liberdade e prazer. Sendo assim, considera fundamental o interesse e o desejo dos trabalhadores, em todas as situações, particularmente em contextos desfavoráveis.

Os trabalhadores em saúde necessitam desenvolver habilidades/competências para o enfrentamento dos problemas na condução dos processos de trabalho. A produção de bens ou serviços de interesses sociais deve estar subsidiada pelo incremento de novas ferramentas que possam abarcar as subjetividades do cotidiano do trabalho em saúde e possibilitar aos agentes das práticas o desenvolvimento de atos sanitários capazes de transformar a vida das pessoas.

As evidências empíricas de inúmeros trabalhos (BEZERRA; NASCIMENTO, 2005; CAMPOS; GUERRERO, 2008; FRANCO; ANDRADE; FERREIRA, 2009; RODRIGUES; ASSIS, 2005; SANTOS, ASSIS, 2005, 2006; SANTOS et al., 2007, 2008) indicam que as práticas na Saúde da

Família continuam reproduzindo modelos de atenção fragmentada e morbidade-centrada, sem redefinir suas tecnologias. Por sua vez, as lentes desses trabalhos conseguiram captar no cotidiano, a despeito da adversidade, que muitos trabalhadores rompem com o instituído e ressignificam os cenários do trabalho, desenvolvendo ações que implicam na produção do cuidado para além do prescrito.

Tais contradições parecem ser o combustível para uma contínua mobilização e constituem-se em desafio permanente para novos estudos, ensaios e, obviamente, intervenções.

O constructo de um novo modo de cuidar deve ser irradiado, mediante processos formativos libertadores, implicados com a transformação das práticas, ou seja, com a participação ativa dos sujeitos que, interagindo e fazendo escolhas conscientes, responsabilizam-se por seus atos.

Para tanto, Ayres (2009) reúne seus principais textos e reflexões sobre o cuidado em saúde e convoca a um agir, Campos (2000) desafia com a cogestão de coletivos, Merhy (2002) oferece uma cartografia, Pinheiro e Mattos (2001, 2003, 2004) instigam com a integralidade, entretanto, identificar quais as possíveis rotas não é papel apenas dos pesquisadores. As abordagens citadas são algumas das várias tentativas de guiar o barco, para não deixá-lo à deriva, nem tampouco ao sabor dos ventos.

Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Saúde, aos trabalhadores de saúde e à equipe responsável pela coleta dos dados.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M.M.A.; ALVES, J.S.; SANTOS, A.M. Políticas de recursos humanos e a (re)significação das práticas dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS): apontamentos para o debate. **R. Baiana Saúde Públ.**, Salvador, v. 32, supl. 1, p. 7-15, 2008.

- AYRES, J.R.C.M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS-Uerj/Abrasco, 2009. (Coleção clássicos para integralidade em saúde).
- BEZERRA, N.O.; NASCIMENTO, M.A.A. Implantação do Programa Saúde da Família em Feira de Santana-BA no ano de 2000 como experiência piloto: vontade política ou interesses políticos? **R. Baiana Saúde Públ.**, Salvador, v. 29, n. 2, p. 175-188, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.
- CAMPOS, G.W.S. **Um método para a análise de co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, G.W.S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ci. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.
- CAMPOS, G.W.S; GUERRERO, A.V.P. (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008.
- CAMPOS, R.T.O.; CAMPOS, G.W.S. Co-construção da autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 669-688.
- CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Ci. Saude Col.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.469-478, 1997.
- COHN, A. (Org.). **Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: Cedec, 2009.
- CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, S.7-16, 2008.
- FRANCO, T.B.; ANDRADE, C.S.; FERREIRA, V.S.C. **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2009.

- GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, 2006.
- GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ci. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-94, 2009.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 1 dez. 2009.
- MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 243-256, set./dez. 2003.
- MACINKO, J.; STARFIELD, B.; ERINOSHIO, T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. **J. Amb. Care Manage**, Wallingford, CT, v. 32, n. 2, p. 150-171, 2009.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MERHY, E.E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.
- MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Reestruturação produtiva em saúde. In: PEREIRA, I.S.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 348-352.
- NASCIMENTO, V.B.; COSTA, I.M.C. PSF, descentralização e organização de serviços de saúde no Brasil. In: COHN, A. (Org.). **Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: Cedec, 2009. p. 67-92.
- OLIVEIRA, M.S. Estratégias de fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde, no contexto do Pacto pela Saúde. **Divulg. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 29-33, maio 2009.

- OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde. Washington, 2005.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **R. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.
- PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 320-328.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Abrasco, 2001.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Abrasco, 2003.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Abrasco; São Paulo: Hucitec, 2004.
- RIVERA, F.J.U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- RODRIGUES, A.A.A.O.; ASSIS, M.M.A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas-BA. **R. Baiana Saúde Públ.**, Salvador, v. 29, n. 2, p. 273-285, 2005.
- ROHDE, J. et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? **Lancet**, London, v. 372, p. 950-961, 2008.
- SANTOS, A.M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.
- SANTOS, A.M. et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família. **R. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 464-470, jun. 2008.
- SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Rede de relações dos protagonistas da prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas-Bahia. **R. Baiana Saúde Públ.**, Salvador, v. 29, n. 2, p. 313-325, 2005.
- SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa de Saúde da Família de Alagoinhas - BA. **Ci. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SOUZA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ci. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v.14, supl. 1, p.1325-1335, 2009.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZACION. Primary health care. Now more than ever. **The World Health Report 2008**. Geneva, 2008.