

Artigos originais

Influência do trabalho multiprofissional na produção do cuidado e acesso na atenção primária à saúde

Influence of multiprofessional work on the production of care and access to primary health care

Erica Lima Costa de Menezes⁽¹⁾
Magda Duarte dos Anjos Scherer⁽²⁾
Flávia Regina Souza Ramos⁽¹⁾

⁽¹⁾ Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

⁽²⁾ Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Fonte de financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal - FAP/DF.

Conflito de interesses: Inexistente



Recebido em: 19/12/2017
Aceito em: 24/04/2018

Endereço para correspondência
Magda Duarte dos Anjos Scherer
Universidade de Brasília, SCLN 406, Bloco A, 2º andar, Asa Norte
CEP: 70847-510 - Brasília, Distrito Federal, Brasil
Email: magscherer@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: analisar de que maneira o trabalho de quatro equipes de saúde da família, nas regiões Centro-oeste e Sul, influencia a capacidade dos serviços em assegurar acesso.

Métodos: trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa.

Resultados: os resultados foram sistematizados em nove elementos, a saber: (I) formação/domínio das normas; (II) experiência; (III) afinidade dos profissionais com determinado tema, agravo ou grupo de pessoas; (IV) satisfação profissional; (V) carga de trabalho; (VI) gestão e organização do processo de trabalho (VII) trabalho em equipe; (VIII) ações realizadas com a participação da comunidade e; (IX) respeito a autonomia das pessoas e aos diferentes saberes e culturas.

Conclusão: os elementos identificados se relacionam às questões individuais, de organização do serviço e da relação e participação da comunidade nas ações da unidade. Os mesmos são inter-relacionados e devem ser considerados tanto na formação dos novos trabalhadores de saúde quanto na formulação das políticas públicas.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Serviços de Saúde

ABSTRACT

Objective: to analyze how the work of four family health teams, in Brazilian Midwest and South regions, influences the capacity of the services in guaranteeing access.

Methods: this is a descriptive study with a qualitative approach.

Results: the results were systematized in nine elements, namely: (I) formation/ Knowledge of standards; (II) experience; (III) affinity of professionals with a particular theme, grievance or group of people; (IV) professional satisfaction; (V) workload; (VI) management and organization of the work process (VII) teamwork; (VIII) actions carried out with the participation of the community and; (IX) respect for the autonomy of people and different knowledge and cultures.

Conclusion: the identified elements related to the individual issues, the organization of the service and the relationship and participation of the community in the actions of the health unit should be considered both in the training of new health workers and in the formulation of public policies.

Keywords: Health Services Accessibility; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Services

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido a principal estratégia utilizada para ampliação do acesso as ações e serviços na Atenção Primária à Saúde (APS), desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta da APS como porta de entrada e organizadora do sistema se configura como um grande desafio no país, tanto ao se pensar a dimensão e a diversidade do cenário, quanto ao se considerar o acesso não apenas como cobertura populacional, mas como a capacidade de responder resolutivamente às necessidades individuais e coletivas. Isso significa conceber o acesso como um direito vinculado à cidadania em “um modelo social ético e equânime norteados pela inclusão social e solidariedade humana”¹ (p.816). Para garantir acesso é preciso ampliar a autonomia, o que implica escuta e respeito aos saberes e culturas de todas as pessoas envolvidas na produção do cuidado².

O trabalho multiprofissional na APS, por meio das equipes de saúde da família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), organiza-se com vistas ao aumento do vínculo, da coordenação e da integralidade do cuidado, da equidade, da responsabilização e da participação popular. Os profissionais das equipes utilizam diversas tecnologias, agires, saberes, conhecimentos, normas e valores para realizar o trabalho, fazendo escolhas no momento de encontro com os usuários³. Escolhas que são individuais e coletivas, decorrentes da complexidade do trabalho em saúde e da necessidade de um agir colaborativo face à diversidade de demandas e respostas possíveis⁴. Desse debate de valores e normas, presente em todo trabalho, bem como da maior ou menor troca entre as profissões, resultam práticas de saúde mais ou menos fragmentadas e comprometidas com a produção de cuidado qualificado.

Diferentes elementos do trabalho na APS são descritos na literatura em sua relação ou impacto sobre a garantia do acesso aos serviços de saúde, como: a formação dos trabalhadores⁵; a organização do processo de trabalho⁶ e a carga de trabalho⁷. Também as normativas que orientam as práticas de saúde no cotidiano dos serviços, como o horário de funcionamento e o trabalho em equipe, a depender da forma como são utilizadas, podem contribuir ou não para

ampliação do acesso. Destas evidências, assume-se como pressuposto deste estudo que para além das questões políticas, econômicas, sociais e éticas vivenciadas pela sociedade, o acesso é influenciado por elementos presentes na micropolítica do trabalho em saúde.

Considerando que, na perspectiva ergológica⁸, como posição epistemológica e ética, as questões presentes no trabalho e os conceitos e experiências devem ser considerados a partir de uma relação dialógica⁹, o presente artigo tem por objetivo analisar de que maneira o trabalho das equipes de saúde da família influencia a capacidade dos serviços da atenção primária em assegurar acesso.

MÉTODOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, número do processo 491.461/2013, e seguiu as normas da Resolução nº 466/12.

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, recorte da pesquisa “Estratégia Saúde da Família - Inovação tecnológica para ampliação do acesso, da qualidade e promoção de saúde bucal na atenção básica, estudo multicêntrico”.

Tendo o trabalho na APS como foco da pesquisa, o cenário se delimitou a quatro unidades de saúde das regiões centro-oeste e sul do Brasil e os participantes eleitos foram os profissionais que atuam em quatro equipes da Estratégia Saúde da Família. A inclusão dos locais e participantes foi feita por amostragem intencional e se deu pelos seguintes critérios: a) Unidades de saúde da família com equipes completas incluindo equipe de saúde bucal independente da modalidade; b) Equipes de saúde da família consideradas de boa qualidade pelos gestores municipais e/ou distritais, tendo como referência a Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Saúde Bucal; c) Preferencialmente equipes que tenham Centro de Especialidade Odontológica e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família como referência; d) Equipes que fizeram adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O perfil dos participantes está descrito na Tabela 1.

Tabela 1. Perfil dos participantes

Variáveis	N (34)
Sexo	
Feminino	24
Masculino	10
Idade	
De 25 a 29 anos	2
De 30 a 34 anos	6
De 35 a 39 anos	10
De 40 a 44 anos	6
De 45 a 49 anos	5
De 50 a 54 anos	4
Mais de 65 anos	1
Profissão	
ACS	12
Técnico de Enfermagem	6
TSB/ASB	4
Dentista	4
Enfermeiro	4
Médico	4
Escolaridade	
Ensino médio	7
Formação técnica	11
Ensino superior área da saúde	9
Ensino superior outras áreas	2
Pós-graduação em saúde coletiva	5
Tempo de experiência na APS	
Menos de 1 ano	1
De 1 até 5 anos	10
De 6 até 10 anos	11
Maior que 10 anos	11
Não informado	1
Participantes por região	
Centro-oeste	19
Sul	15

*ACS = Agente Comunitário de Saúde; TSB = Técnico de Saúde Bucal; ASB = Auxiliar de Saúde Bucal; APS = Atenção Primária à Saúde

O trabalho de campo foi precedido: a) da autorização das Secretarias de saúde; b) da sensibilização das equipes para participar; c) da capacitação dos pesquisadores; d) da testagem dos instrumentos de coleta de dados.

A coleta de dados foi desenvolvida entre janeiro e dezembro de 2014. Compõem o material analisado 34 entrevistas e registros de 16 horas de observação (4 turnos de trabalho) mediante roteiros que buscavam conhecer as ações realizadas e como as equipes se organizavam para ampliar o acesso.

Os participantes foram identificados de acordo com a categoria profissional (ACS: agente comunitário de saúde, CD: cirurgião-dentista, E: enfermeiro, M: médico, TE: técnico de enfermagem, TSB: técnico de saúde bucal), com a região (Centro-Oeste: CO e Sul: S) e com a numeração correspondente. As observações foram numeradas sequencialmente e identificadas com as letras NO (Nota de Observação).

Após leitura flutuante, os achados foram sistematizados com suporte do software para análise de dados qualitativos, ATLAS TI (Qualitative Research and Solutions), organizados em nove elementos distribuídos em 3 dimensões (Figura 1). A análise teve como objetivo compreender quais elementos presentes no trabalho das equipes de saúde influenciam a capacidade do serviço em assegurar o acesso.

RESULTADOS

A dimensão pessoal para o cuidado e o acesso: da formação à satisfação no trabalho

Nesta primeira dimensão são apresentadas as quatro categorias que integram os elementos que se vinculam de forma mais direta ao próprio trabalhador, representando uma dimensão mais pessoal das influências que incidem sobre a forma de produzir cuidado e acesso. Se destaca a relação educação e trabalho, não apenas pelo conteúdo referido à formação profissional formal, mas ao contínuo processo de construir experiência e identidade ao longo do processo de trabalho, em interação com saberes, fazeres e sujeitos profissionais e usuários.

A maioria dos trabalhadores entrevistados (23 dos 34) possui mais de 6 anos de experiência na Atenção Básica à Saúde, entretanto, grande parte deles relatou nunca ter lido a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e/ou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Os que afirmaram ter lido, o fizeram: na faculdade, para prestação de concurso, por curiosidade ou necessidade exigida pelo cotidiano do trabalho.

Eu acho que a gente tinha que ter um tempo para ler. Eu não vou levar trabalho para casa porque em casa eu tenho outros afazeres, assim como eu não trago serviço de casa para cá (TECO4).

As normativas vinculadas aos programas federais contribuem tanto para ampliação das ações como para sobrecarga dos trabalhadores.

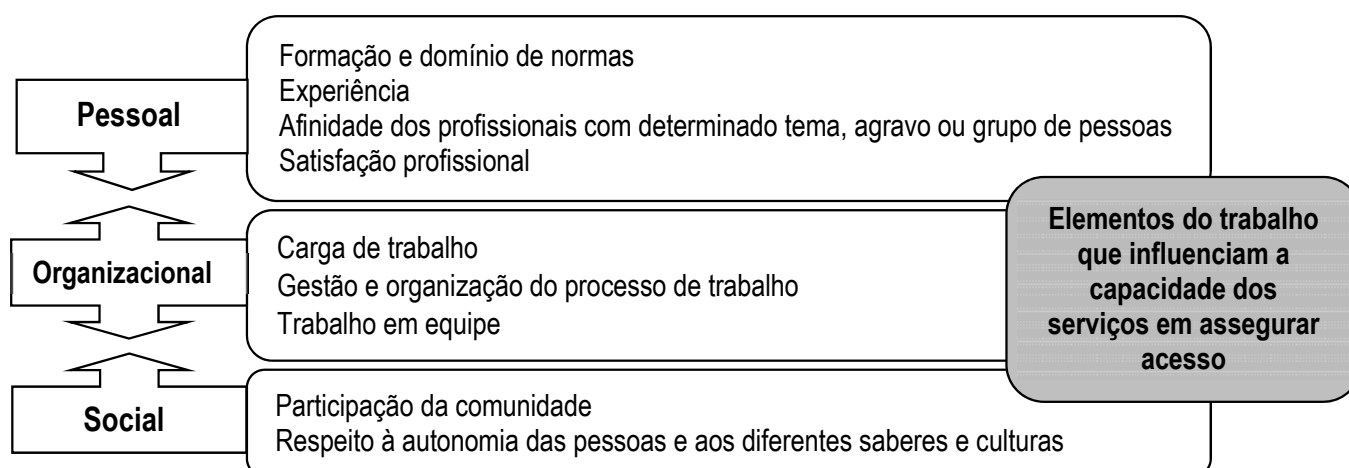


Figura 1. Elementos do trabalho que influenciam a capacidade dos serviços em assegurar acesso

O PSE é canal para estar promovendo ações educativas. Teve teste de acuidade visual, sobre a parte odontológica teve escovação [...] (TECO3).

Acho que vieram outras cobranças e nos vinculamos ao PMAQ, que tem muitas exigências que tomam muito tempo. Esses eventos iriam sobrecarregar ainda mais a equipe. Tem uns manuais que temos que preencher e temos que cumprir exigências como grupos que antes não tínhamos, [...]então já é mais um dia tomado dos atendimentos.

A formação, seja em processos mais permanentes ou em cursos pontuais, como no início da atuação nas equipes de saúde (exemplo: introdutório), é estratégia mencionada para melhor apropriação do grande número de normativas que orientam as práticas e para qualificação do cuidado, bem como a preparação nos cursos técnicos e nas graduações para atuação na ESF.

Já tivemos vários encontros do PMAQ para discutir manuais, responder questionários, então acabamos não conhecendo os manuais em si, mas sempre trabalhando próximo do que eles preconizam. (ACSCO7).

Para mim, a formação técnica é igual carteira de motorista: você aprende o básico do básico, o restante você vai aprender na prática... o curso técnico não te dá preparo nenhum. Te dá preparo para você cobrir só curativo bem coberto. (TECO2).

Os resultados mostram que a experiência é fundamental para a realização das ações de forma a ampliar o acesso, e esta é reconhecida como parte do

contínuo processo de capacitação e de preparo para o trabalho real.

Eu tive 80 horas de curso que me deu uma noção básica, aprendi mesmo no dia-a-dia, cada pessoa, cada família é diferente, não tem curso introdutório que te passe essa experiência, que te prepare para todas as situações que você pode encontrar. (ACSCO7).

O não se sentir capaz para realizar determinadas tarefas e/ou sentir-se pouco apoiado faz com que os profissionais reduzam o leque de ações que ofertam nas unidades e, conseqüentemente, o acesso e a resolubilidade.

Já teve casos de eu começar a fazer e não conseguir. Aí peguei o paciente coloquei no meu carro e falei "vocês não vão me ajudar não?". Aí é muita responsabilidade e você vai desistindo de fazer algumas coisas. (DCO1).

A identificação do profissional com determinada atividade, especialidade ou grupo da população também contribui para uma ampliação "seletiva" do acesso. Algumas ações são realizadas a depender do profissional que está no momento e acaba por perder a regularidade em decorrência da rotatividade dos profissionais.

A parte que eu mais gosto é o CD (Programa de Crescimento Desenvolvimento), com crianças de 0 a 2 anos, é onde eu estou todos os meses passando na casa dessas crianças, ...então a gente acaba batendo mais na tecla promovendo a saúde, na parte que você se interessa mais, na parte que você se sente mais à vontade. (ACSCO6).

No tempo que eu estou aqui teve alguns (grupos). Dos hipertensos, quando a doutora ainda estava, aí ela reunia uma vez por mês. Ela fazia um grupão. Juntava todo mundo, hipertensos, diabéticos, depois que a doutora saiu, entrou outro doutor, aí não teve mais os grupões. (TECO3).

Um elemento em íntima relação com a dimensão da organização do trabalho (descrita a seguir) é a satisfação-insatisfação, interferindo na motivação, vínculo e empenho para o trabalho colaborativo. Assim, a menor oferta de ações de saúde também é influenciada pela insatisfação dos profissionais após um tempo de atuação na ESF:

Estimulo. Tanto próprio quanto coletivo. Pois chega uma hora que nós não vamos mais atrás das coisas por falta de disposição, para não se irritar. Então todo aquele ânimo do curso é perdido diante das coisas que vão acontecendo ao longo da carreira (ASCCO1).

A Dimensão organizacional para o cuidado e o acesso: da carga à gestão do trabalho

Os elementos que se referem à organização do trabalho em si, ou a forma como tal pode incidir em sobrecarga e insatisfação, apenas para efeitos de apresentação podem ser separados dos elementos pessoais. Nesta dimensão são reconhecidos os papéis e as contribuições de diferentes profissionais e o potencial do trabalho em equipe, além da importância de estratégias e mecanismos básicos de organização da demanda e oferta de ações para que os objetivos do cuidado sejam alcançados

Em estreita relação com a dimensão anterior, destaca-se a forma como a sobrecarga de trabalho decorrente da alta demanda, exigência de produtividade, rotatividade e ausência de profissionais influencia na oferta de serviços, impactando o cuidado. A violência, presente na comunidade onde estão localizadas algumas unidades de saúde, também interfere no modo como os profissionais de saúde organizam seu trabalho.

Antes todos faziam as visitas, mas de um tempo para cá que não houve por causa das cobranças, são muitos números para entregar e não dá para conciliar os dois. (ACSCO1).

interfere o caso da violência porque até as creches estavam sem manter os alunos há duas semanas, então eu acho que esse item é bem agravante.

Porque se a gente marcar um grupo e tiver alguma coisa aí fora eles já não vão vir. (TSBS1).

A busca por ofertar acesso a todos que necessitam de cuidado acaba por gerar cansaço e insatisfação nos profissionais de saúde. Um relato descreve que a permanência no consultório é uma forma de não enfrentar os problemas apresentados pela comunidade.

Meu dia de trabalho é bem puxado como tu está vendo. É bem cansativo. Tem dia que a gente não tem tempo nem para fazer xixi (TES2).

elas até sofrem mais do que eu, porque eu passo a maior parte do tempo trancado aqui dentro atendendo a medicina curativa e elas sim é que saem para o campo para enfrentar os problemas que aparecem (MS2).

Decisões dos gestores quanto ao modo de organizar o trabalho das equipes, por vezes desatentas à realidade das equipes de saúde, desmotivam os profissionais e reduzem acesso.

A maneira como as visitas domiciliares foram definidas chamou a atenção. Não foram utilizados critérios, mas sim uma demanda de busca ativa de gestantes na área, tipo “força tarefa”. Sendo que a equipe ressalta o trabalho realizado de planejamento familiar e não ter gestantes sem pré-natal. Porém, não cogitam levar isso para o gestor e discutir/justificar o (planejamento a partir do) número de gestantes da área. (NO3).

O horário de funcionamento e o número excessivo de pessoas adscritas interfere no acesso tanto pela quantidade de pessoas quanto pela impossibilidade dos profissionais em realizar o conjunto de suas atribuições. Além disso, a grande demanda pelos cuidados médicos faz com que esses profissionais permaneçam grande parte do seu tempo no consultório.

Às vezes a família nem é cadastrada ainda [...] pessoas que trabalham e estão (na residência) só a noite, então a gente não tem oportunidade de cadastrar, mas a gente sabe, fulano mora lá né (ACSCO5).

Mas o médico só costuma ir quando é extremamente necessário. Porque se tiramos ele daqui para algo que nós mesmos conseguimos resolver, eu acredito que a comunidade perde com isso (ACSCO3).

Apesar da alta demanda unidades vazias em determinados horários sinalizam para a “demanda fantasma”.

E como eu estava passando mais ou menos pela mesma coisa no preventivo, porque eu agendava preventivo, tinha fila e ao mesmo tempo as pessoas faltavam. Então tinha uma demanda reprimida e ao mesmo tempo pouca demanda. (ENFS1).

A presença do profissional médico e a oferta de serviços como a vacinação contribuíam para aumento da demanda, embora alguns horários sejam mais concorridos. A possibilidade de ser atendido todos os dias da semana melhorou o fluxo de atendimento e o acesso.

Na sala de espera, chega uma usuária adolescente com a mãe para vacinação. Na UBS este procedimento é ofertado todos os dias. Ela senta-se e admira-se que não precisa aguardar e logo é atendida. (NO5).

Aqui, agora é demanda livre. As pessoas não precisam mais vir de madrugada, podem vir no horário que abre o posto, todos são atendidos, independente do que tem ou não, se não, são agendados. (TES2).

A forma de agendamento é um dos elementos descritos como capazes de contribuir para a existência de turnos sem usuários nas unidades, bem como a sazonalidade na procura pelos serviços. Todas as equipes trabalham com a atenção programada para grupos prioritários (gestantes, idosos, crianças, usuários com hipertensão e diabetes). Há dificuldade da equipe em organizar o serviço considerando a demanda espontânea e a programada. O atendimento à demanda espontânea aparece como pouco estruturado, dificultando o acesso daqueles em situação aguda ou que não fazem parte dos grupos prioritários.

Eu vejo espaço fora do acolhimento, que é demanda espontânea e todo mundo que chega tem que ser atendido. Isso te tirou um pouco do espaço de grupo. (TES1).

A gente manda vir aqui no posto ou 8h da manhã ou 13h da tarde para pegar vaga de encaixe. Se não faltar essa pessoa vai ficar sem atendimento mesmo estando com dor. (ACSCO6).

Estratégias são utilizadas para atender a demanda espontânea, como um dia da semana para marcação de consultas, lista de espera, marcação pelos ACS

e encaixe. As urgências possuem, geralmente, livre acesso ao atendimento, apesar das equipes reservarem 2 ou 3 vagas/dia para esses casos:

Mas questão de urgência não entra na nossa agenda. Chegou, independente dos nossos pacientes todos, ele vai ser atendido. (TSBCO1).

Em geral são 8 consultas de demanda programada e 2 acolhimentos (urgências) por período para cada dentista. (NO6).

Mesmo quando se justifica a marcação realizada junto aos ACS, durante visita, como estratégia de responsabilização, não se observou resultado de comparecimento.

Grande parte das pessoas que estavam agendadas para visita estavam fora trabalhando. O ACS e o dentista deixavam recados para que as pessoas fossem à unidade realizar o agendamento. Foi possível perceber a fragilidade da estratégia de marcação utilizada pela equipe, que resultava em uma grande lista de espera e uma agenda esvaziada. (NO10).

A classificação de risco não aparece na rotina de algumas equipes e os casos são triados de forma não sistematizada. A dor é apontada como um dos principais sintomas para triagem dos usuários:

Aí eles perguntam quem está com dor, a pessoa que quer fazer o tratamento, mas não está com dor acaba ficando para trás, porque tem que dar prioridade para quem está com dor naquele momento. (ECO1).

Em certos casos, o acesso se dá para um primeiro atendimento, colocando a responsabilidade pela conclusão do tratamento, exclusivamente, para os usuários.

A pessoa acaba sendo responsável pelo seu tratamento, porque quando marcavam os retornos, as pessoas faltavam...então se eu for quatro dias seguidos e conseguir acolhimento, beleza você terminou seu tratamento. A responsabilidade é sua. (ASBS2).

Um profissional aponta, que mesmo não concordando com a forma de agendamento, a segue por ser uma prática antiga na unidade e normatizada.

São sempre os mesmos que procuram. Agora aqueles que não vem aqui, é mais difícil de você trazer. (Organizo o meu trabalho) vendo como era e estudando. Quando cheguei aqui já tinha mais

ou menos esse cronograma. Tal dia é atendimento de gestante, então vou atender gestante...E tem o caderno do Ministério da Saúde. Aí segue aquele padrão. (CDCO1).

Em uma das unidades, o primeiro atendimento aos usuários, é realizado pelo vigilante da unidade e, em outra, pelo ACS o que tem influenciado no acesso, na medida que desvia a função do trabalhador e reduz o tempo para realização das atividades próprias.

Nós ficamos muito tempo dentro da unidade, fazíamos os casos mais importantes do micro área porque estávamos sem o administrativo, então o agente de saúde assumiu a recepção. (ACSS1).

O acolhimento também surge como estratégia para ampliação do acesso e satisfação dos usuários.

Sobre o novo modelo de acolhimento ela responde que está melhor porque não teve nenhum “barraco”, nenhuma delas foi ameaçada de morte. No sistema de acolhimento antigo, quando acabava sempre tinha uma ameaça e, às vezes, a polícia precisava ser chamada. (NO13).

é árduo porque tem muitas pessoas, mas tem suas vantagens que é todo paciente que vem de urgência é atendido. Ninguém pode voltar para casa sem atenção médica. Essa é a primeira. A segunda, trabalha toda a equipe, todos juntos, com maior união. (MS1).

É destacada a importância do profissional do acolhimento no acesso e fluxo do usuário dentro da UBS. Uma profissional e alguns usuários se queixam da estratégia de “acolhimento” estabelecida pela equipe, por acontecer em horário pré-determinado e/ou por não ser realizado pela equipe de referência.

Em 2 horas a equipe tem que “olhar” 20 pessoas, e muitas não são da área dela. E “olhar” não é saúde de comunidade, diz com a expressão de negação (...) alguns usuários ouvem a minha rápida conversa com ela e se aproximam para dizer que também não estão gostando porque queriam seus médicos de área ou enfermeira. (NO13).

A visita domiciliar é também descrita como importante ferramenta de ampliação do acesso.

Ir à casa de pessoas que não podem se deslocar até a unidade, ver como está a saúde deles, eu sempre priorizo a visita a essas pessoas, porque eles precisam de atenção. (ASCS1).

O trabalho em equipe, quando promotor de troca entre as profissões, contribui para uma ampliação do acesso e dos olhares para a produção do cuidado.

A gente troca muito também, conversa sobre os pacientes, [...] e aí a gente troca e fala “olha esse paciente eu acho que está com esse problema, quem sabe você conversa com ele”. E se eu tenho um paciente que eu conheço e sei que vai ser atendido por ela também, eu dou essa troca (ES1).

O atendimento da enfermagem tem contribuído para ampliar o acesso e reduzir a demanda pela consulta médica. A inclusão de outras categorias profissionais, por meio do NASF, tem possibilitado acesso a outras formas de cuidado.

Eu faço muito acolhimento, orientação, alguns pacientes me procuram para conversar, na maioria das vezes eu não fico no consultório atendendo paciente, talvez isso que deveria ser o certo, não sei, e muita coisa antes de passar pelo médico passa por mim, porque às vezes a paciente quer renovar uma receita de anticoncepcional ou alguma dúvida que não precisa passar pelo médico (ECO2).

Tem pessoas que começaram tomando remédio e começaram a fazer atividade física e hoje em dia não tomam mais remédio. Começou a ter pressão mais baixa. Aí foi descobrir e era porque já estava fazendo exercício a muito tempo, então eles (NASF) ajudam bastante em relação a isso. (MS2).

A presença da ESB na ESF é importante, assim como do ACS, que contribuem para ampliar o acesso e reduzir a demanda que chega na UBS.

Ter uma pessoa que pode dar informação para eles e às vezes eles não precisam vir aqui no posto por uma simples informação que eles podem estar pegando com agente comunitário (ACSS2).

Entretanto, a inclusão dos TSB nas equipes surge como subaproveitada, pois estes tem desenvolvido atividades de Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) pela falta de equipamentos.

A dimensão social para o cuidado e o acesso: a participação e a autonomia como valores

Esta dimensão indica uma preocupação com a escuta qualificada (conhecer as necessidades) e resolubilidade, para os quais a participação se mostra mais como estratégia para os objetivos do trabalho e menos como prática de cidadania e controle social.

Ao reconhecerem o respeito à autonomia e cultura dos usuários como valores fundamentais das práticas de cuidado, se mostra a incorporação de elementos importantes para a qualidade do cuidado.

As equipes relatam pouca participação dos usuários nas atividades coletivas desenvolvidas:

Sempre foi muito difícil trabalhar com a população, a gente organizava grupos: t hipertensão, diabetes. Convidávamos outra pessoa para dar palestras E não vinha ninguém. (DCO1).

As falas dos profissionais sinalizam que a não participação da comunidade é decorrente da busca por ações que resultem em respostas às suas necessidades de saúde e afirmam que gostariam de aprender estratégias para atuar junto à comunidade.

A comunidade aqui não é muito participativa. Eles querem aquela atenção resolutiva (ECO1).

Algumas estratégias são utilizadas para uma maior participação da comunidade, como associar a atividade coletiva à consulta médica, ligar para os usuários no dia anterior a atividade, divulgar em redes sociais, o uso do lúdico e a realização de atividades na comunidade e não na UBS.

A gente tem que descobrir o pulo do gato. Qual é a motivação deles participarem? No grupo de gestantes, por exemplo, a gente tenta coincidir com a consulta, daí a adesão é maior [...] a gente criou um facebook da unidade e a nossa auxiliar administrativa alimenta com novidades (ES1).

A promoção aconteceu no Alto Rancho dos Pescadores, porque eles já não vêm aqui para consultar imagina para uma palestra, então nós vamos até lá. (ACSS3).

O respeito à autonomia e ao modo de viver dos usuários, a escuta e o vínculo são pontos destacados para ampliação do acesso.

Nós tínhamos um médico que foi fazer uma visita domiciliar e falou: vamos abrir a janela, arejar a casa, limpar a casa, ajuda na saúde. No outro dia a moradora falou que não queria esse medico na sua residência (risos). [...] você tem que ter cuidado para falar com o morador (ACSCO4).

E acho que quando tu tens um vínculo com o paciente, não deixando de lado o lado profissional, tu consegues realmente atingir naquilo que ele está precisando (TES1).

DISCUSSÃO

Os resultados demonstram que, apesar do tempo de experiência na APS ser superior a seis anos, grande parte dos trabalhadores refere nunca ter lido as normativas que orientam sua atuação. O trabalho na ESF é normatizado por um conjunto de diretrizes oriundo do Ministério da Saúde, governos municipais e estaduais. A quantidade de programas que compõem o fazer das equipes de saúde é grande em decorrência da complexidade do trabalho e pela fragmentação existente nas formas de olhar o processo saúde-doença-cuidado. Além disso, alguns dos programas federais estão vinculados a incentivos financeiros e ao cumprimento de metas. As duas situações contribuem para um aumento das tarefas (especialmente administrativas) dos trabalhadores e são descritas como elemento que interfere no acesso ao cuidado. O papel prescrito para as equipes de saúde da família tem grande abrangência na medida em que exige um cuidado longitudinal, um saber polivalente e uma capacitação para atuar intersetorialmente¹⁰.

Os trabalhadores afirmam a importância dos saberes constituídos (científicos, acadêmicos, relativos à prática profissional) e que o aprendizado nos cursos de formação não é suficiente para responder às exigências da prática, destacando a importância dos saberes investidos, produzidos no momento da realização dos atos de saúde e que, em grande parte, não são verbalizados ou escritos¹¹. “Para compreender toda situação de trabalho, essas duas formas de saberes são indispensáveis. Eles constituem os dois lados de toda a atividade de trabalho, sua unidade dialética”¹²(p.100).

É preciso criar espaços nas unidades de saúde para que os trabalhadores possam refletir e aprender com sua prática, transformando intencionalmente uma situação vivenciada em um objeto de aprendizagem, levando as equipes a saber agir e se apropriar desse saber¹¹. Os resultados refletem, também, a implantação acrítica das normativas organizacionais, associada a uma baixa priorização das ações de educação permanente, em algumas unidades, pelos trabalhadores e gestores.

A gestão, quando realizada de forma verticalizada e distante da realidade local, é apontada por interferir nas práticas das equipes. Nas práticas de gestão cabe normatizar o trabalho até certo ponto, pois a normatização apresenta limites e a rigidez é causadora de sofrimento¹². Para o trabalho fluir com qualidade é necessário saber o que cada trabalhador quer, deve e

pode fazer em cada situação particular, não havendo um modelo único a ser seguido¹².

Nos depoimentos, os trabalhadores parecem reivindicar maior autonomia para realizarem suas ações de acordo com as possibilidades e necessidades do meio, para serem atores (realizando o que é solicitado pelo meio) e autores (se colocar no centro da decisão) dos atos de saúde¹¹. Essa necessidade de autonomia é percebida também no modo como alguns serviços de saúde organizam agenda e processos de trabalho.

Muitas unidades seguem o que foi preconizado pelo MS, “uma atenção baseada em conhecimentos e tecnologias voltadas para a intervenção de grupos populacionais específicos que vão aparecendo na prática cotidiana do PSF”¹³ (p.447). A organização por meio de grupos programáticos criou no imaginário de muitos trabalhadores e, com reflexões na prática cotidiana, a ideia de que a ABS deveria estar voltada para a promoção e a prevenção, e descartaram que caberia à UBS atender a demanda espontânea¹⁴. Nota-se uma contradição presente nos atos de saúde, e no discurso de profissionais e gestores, que sinalizam a priorização das ações programáticas, entretanto realizam, na maior parte do tempo, atendimento a sintomas pontuais e a demanda espontânea¹⁵. É preciso analisar com cuidado a forma de marcação de consultas, que prioriza grupos de risco, seja oriundo de atividades coletivas ou por micro área e/ou agravo/ condição de saúde, assim como horário restrito para triagem, pois pode ajudar na programação da oferta pelas unidades, mas causar restrição no acesso e frustração nos usuários¹⁶.

O acolhimento é utilizado como estratégia capaz de organizar a agenda e o trabalho das equipes. Entretanto, quando desenvolvido apenas de modo burocrático, como uma triagem inicial, ao contrário do pensado para esse dispositivo, reduz o acesso¹⁷, produzindo “barreira” de acesso dos usuários ao trabalhador a quem estão “vinculados”. A pouca capacidade de realizar uma classificação de risco de qualidade também pode prejudicar o acesso com equidade.

A classificação de risco é uma ferramenta importante, identificada pelas famílias, para otimização do acesso prioritário¹⁸. Contudo, como evidenciado, o serviço se limita a um sinal de gravidade e exclui do atendimento crianças com outros sinais que exigiriam também atendimento imediato.

Acolhimento, ações educativas e de educação permanente, o vínculo e responsabilização são

apontados como os principais avanços após 10 anos de inserção das equipes de saúde bucal na ESF. Já a ampliação e a qualificação da assistência, a integralidade e o trabalho integrado da equipe aparecem ainda como desafios¹⁹.

Nesta pesquisa demonstrou-se que equipes profissionais contribuem para ampliação do acesso, quando exercitam práticas que buscam a colaboração profissional. A colaboração prevê partilha de conhecimentos, experiências e habilidades com objetivo de qualificar o cuidado ofertado, considerando a complexidade do fazer em saúde²⁰.

Na ESF, o ACS ganha destaque pela sua proximidade e capacidade de facilitar a comunicação entre a comunidade e o serviço, por exemplo, nos casos em que reduz as idas dos usuários às unidades. Entretanto, o desvio da função do agente para atividades como a da recepção na unidade, reduz acesso na medida em que reduz o tempo para as visitas domiciliares⁶, conforme verificado na presente pesquisa.

O não atendimento e escuta às necessidades dos usuários surge como mais um elemento que reduz a participação nas atividades propostas pelas equipes, como a baixa adesão às atividades educativas, no estudo. Sobre o tema da educação em saúde aponta-se que “embora as concepções de Educação em Saúde fundamentada num modelo dialógico e emancipatório estejam presentes como norte nos estudos sobre as práticas educativas (...)na prática cotidiana os profissionais ainda desenvolvem suas ações, na sua maioria, tomando como base o modelo tradicional” (p.323)²¹ e que é preciso uma formação capaz de promover uma mudança de paradigma e, conseqüentemente, das práticas de educação em saúde.

O modelo tradicional de educação em saúde foca na cura da doença, na prevenção ligada à mudança de atitudes e comportamentos individuais, na transmissão de informações verticalizadas e prescrição de comportamentos, enxergando o usuário como pessoa sem informação e o profissional como detentor do saber, capaz de, pela simples transmissão de informação, modificar a vida das pessoas²². Assim, atua culpabilizando a vítima (usuário) e transferindo a responsabilidade pelo cuidado e processo saúde-doença para a população²³. Na produção do cuidado, é preciso considerar os saberes de todos envolvidos, numa postura ética de escuta, respeito, inclusão, dúvida e busca, considerando o imprevisível e o imprevisível presentes no trabalho¹².

Por fim, o estudo corroborou que existem elementos do trabalho na ESF que contribuem para aumento da carga de trabalho, insatisfação e adoecimento dos trabalhadores, como excesso de demanda; violência, falta de investimento na quantidade e na qualificação profissional e; assim como elementos que reduzem as cargas e causam maior satisfação, como o trabalho em equipe e a presença do ACS²⁴. Na relação entre cargas de trabalho e universalidade do acesso, os elementos que contribuem para um aumento das cargas de trabalho dificultam o acesso aos serviços de saúde¹⁰.

CONCLUSÃO

A análise dos achados do estudo permitiu evidenciar elementos presentes no modo como as equipes de saúde produzem cuidado e sua relação com o acesso aos serviços de saúde. Elementos que se relacionam tanto às questões individuais quanto as de organização do serviço e da relação e participação da comunidade nas ações da unidade. Os mesmos foram apresentados de forma articulada à três dimensões, mas são inter-relacionados e devem ser considerados tanto na formação dos novos profissionais/ trabalhadores de saúde quanto na formulação das políticas, estratégias e programas federais e locais.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pela concessão da bolsa do Programa de Doutorado-sanduíche no Exterior (PDSE) - Processo - 88881.132441/2016-01 à Erica Lima Costa de Menezes. À Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal - FAP/DF pela concessão da bolsa de pós doutorado sênior no exterior - Protocolo 11503.60.30322.04072016, à Magda Duarte dos Anjos Scherer.

REFERÊNCIAS

1. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc. saúde coletiva*. 2003;8(3):815-23.
2. Feuerwerker LCM. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
3. Schwartz Y. Intervenção, experiência e produção de saberes. *Revista Serviço Social & Saúde*. 2011;X(12):19-43.
4. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface*. 2016;20(59):905-16.
5. Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Cunha ABO, Medina MG et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(11):3047-56.
6. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, Cesse EAP, Brito ESV, Braga JPR et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife -PE, Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2015;25(2):635-56.
7. Chagas MIO, Farias CMT, Teófilo FKS, Cavalcante ASP. Acesso dos usuários aos serviços de saúde na Estratégia Saúde da Família: percepção dos enfermeiros. *Rev. APS*. 2014;17(3):280-90.
8. Schwartz Y, Durrive L (orgs). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007.
9. Franca MB, Muniz HP. A gestão coletiva dos serviços de saúde pública: uma perspectiva ergológica. *Trab. educ. saúde*. 2011;9(1):201-21.
10. Pires DEP, Machado RR, Soratto J, Scherer MA, Gonçalves ARS, Trindade LL et al. Nursing workloads in family health: implications for universal access. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [periódico na Internet]. 2016 [Acess 04 de mai 2017]; 24:e2682 Available in <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/113366/111328>.
11. Durrive L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. *Trab. Educ. Saúde*. 2011;9(1):47-67.
12. Trinquet P. Trabalho e educação: o método ergológico. *Revista HISTEDBR On-line*. [periódico na Internet]. 2010 [Acesso em 06 de mai 2017]; Número especial: 93-113. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/view/8639753/7318>.
13. Lima WCMB, Assis MMA. Acesso restrito e focalizado ao Programa Saúde da Família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea. *Rev Baiana Saude Publica*. 2010;34(3):439-49.
14. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*. 2014;23(3):869-83.

15. Coimbra VCC, Oliveira MM, Kantorski LP, Heck RM, Jardim VMR, Ceolin T. Avaliação da estrutura – processo de acesso de usuários a uma Unidade de Saúde da Família. R. pesq.: cuid. Fundam. [periódico na Internet]. 2010 [Acesso em 01 de mar 2017]; 2(3):1095-107. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/591/pdf_47.
16. Cunha ABO, Vieira-Da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cad. Saúde Pública. 2010;26(4):725-37.
17. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. Ciênc. saúde coletiva. 2012;17(11):2923-30.
18. Silva RMM, Vieira CS. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. Rev Bras Enferm. 2014;67(5):794-802.
19. Scherer CI, Scherer MDA. Advances and challenges in oral health after a decade of the Smiling Brazil Program. Revista de Saúde Pública [periódico na Internet]. 2015 [Acesso em 01 de mar 2017]; 49:98. Disponível em: https://www.scielo.org/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005961.pdf
20. Furtado JP. Reference teams: an institutional arrangement for leveraging collaboration between disciplines and professions. Interface - Comunic. Saúde Educ. 2007;11(22):239-55.
21. Rodrigues D, Santos VE. A educação em saúde na estratégia saúde da família. J Health Sci Inst. 2010;28(4):321- 4.
22. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface (Botucatu) [periódico na internet]. 2005 [Acesso em 03 de fev 2017]; 9(16):39-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>.
23. Berlinger G. Ética da Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996.
24. Trindade LL, Pires DEP, Amestov SC, Forte ECN, Machado FL, Bordignon M. Working in The Family Health Strategy: implications in professionals workloads. Cogitare Enferm. 2014;19(3):405-92.