



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz) CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 F. 33572000 - Porto Alegre - RS - CEP 91350 200
Filiais: Hospital Fêmina, Hospital Cristo Redentor, Hospital Criança Conceição, Unidade de Pronto Atendimento Zona Norte Moacyr Scliar, Unidade de Saúde Santíssima Trindade, Unidade de Saúde Parque dos Mairas, Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida, Unidade de Saúde Jardim Leopoldina, Unidade de Saúde Floresta, Unidade de Saúde Divina Providência, Unidade de Saúde Costa e Silva, Unidade de Saúde CONAMA, Unidade de Saúde Barão de Bagé, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - CETPS, Centro de Atenção Psicossocial I - Infantil, Unidade de Saúde SESC, Centro de Atenção Psicossocial II - Adulto, Unidade de Saúde Conceição, Unidade de Saúde Jardim Itu e Centro de Atenção Psicossocial III - Álcool e Drogas.
Vinculado ao Ministério da Saúde - Decreto 99244/99



RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – GHC TRABALHO DE CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

Equipes de Referência: uma análise das mudanças nos processos de trabalho

Residente: Anna Maria Malaquias de Quadros

Orientadora: Emanuele Luiz Proença

Porto Alegre, 2020

SOBRE EQUIPES DE SAÚDE...

Pode nos parecer simples; pode parecer ainda mais simples aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro; pode parecer que é simples reunir diferentes profissionais da saúde para que desempenhem suas tarefas, que tem como objetivo o cuidado em saúde das pessoas. É simples! Cada um faz o seu trabalho e teremos uma equipe de saúde, pronta para *atender*, para *cumprir metas*; para *curar*. Mas, como um dia ouvi de uma professora: é no simples que estão as questões mais difíceis de serem respondidas.

Compreender a complexidade de um serviço de saúde vai além dos protocolos, leis, fluxos e organogramas. São seres humanos que tem um conhecimento específico, 'tratando' dos males de outros seres humanos, muitas vezes ditos ignorantes no quesito saúde. E, nesses papéis, frequentemente se esquece que os trabalhadores também têm seus males e os pacientes, seus saberes. Como parte desse sistema, e para que haja determinada harmonização, há uma busca incansável pelo aperfeiçoamento. E é isso que o SUS propõe: como estabelecer um sistema único na diversidade externa e interna que existe em cada um de nós?

Dessa forma, desde o surgimento da ciência, busca-se o modelo que atenderá, eficaz e eficientemente, toda essa complexidade. Foi, e ainda é preciso múltiplos estudos e experimentos para se concluir e estabelecer modelos de saúde. E isso gera discussões a nível mundial; a saúde é discussão política, diplomática, governamental. Ela é de interesse de todos da pirâmide social, e é de interesses individuais ou coletivos, sociais ou lucrativos. Saúde é pauta cotidiana: seja na conversa de chimarrão entre as vizinhas que comentam sobre o novo modelo de atendimento do posto de saúde; sejam líderes mundiais que argumentam maneiras que melhor contemplam o fazer em saúde; ou que contemplem seus próprios interesses, esquecendo que a saúde é de todos, e não de um grupo político.

Os serviços de saúde são procurados pelos mais diferentes motivos, desde a busca pelo tratamento das doenças já instaladas, até para a obtenção de orientações e meios sobre como preveni-las, como adquirir hábitos e modo de vida mais saudáveis ou apoio para se livrar dos que fazem mal à saúde, além de uma vasta gama de problemas caracterizados como sociais que, hipoteticamente, deveriam ter solução em outras áreas, mas que se manifestam no sistema de saúde (PINTO, COELHO, 2010a, p. 324).

Mais especificamente no Brasil, houve diversos processos de investigações e descobrimentos, sempre em meio a disputas políticas, para que fosse possível formular um sistema de saúde que contemplasse a realidade brasileira, na sua mais abrangente diversidade. Assim, criou-se o SUS, em 1988, pelo qual se investiu em propostas que dessem conta da operacionalização de seus princípios e diretrizes. Destas propostas, surgiu a definição dos níveis de atenção, das complexidades, das formas de promover e prevenir, dos fluxos, dos modos de acesso, etc. Para tanto, neste presente trabalho, vamos tratar sobre o primeiro nível de atenção, ou seja, a porta de entrada ao sistema de saúde, e como se dá a organização das equipes de saúde e de seus processos de trabalho, neste modelo de organização de sistema de saúde, denominado Atenção Primária à Saúde (STARFIELD 2004, OPAS 2008).

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), uma instituição 100% SUS, conta com o Serviço de Saúde Comunitária (SSC), o qual se caracteriza como um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS), criado em 1982, antes da existência do SUS. Teve como referência, na ocasião, o sistema de saúde público inglês, adaptado para a realidade que se apresentava em Porto Alegre. Hoje, o SSC está composto por 12 unidades de saúde, e apresenta algumas características diversas das recomendações e definições da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017). No que se refere à composição das equipes, a PNAB define equipes de saúde estabelecendo a composição mínima e atuação com o apoio de profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).

No SSC, há maior abrangência populacional das unidades, o que exige número superior de profissionais. As equipes são formadas por agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, auxiliares administrativos, auxiliares de farmácia, dentistas, enfermeiros/as, farmacêuticas, médicos/as, nutricionistas, psicólogos/as, técnicos/as de enfermagem e técnicas em saúde bucal; além dos trabalhadores de empresas terceirizadas, que prestam serviços nos setores da higienização e segurança.

Dentro desta formação, assistentes sociais e psicólogos/as estão presentes diariamente nas equipes; já nutricionistas e farmacêuticas atuam nos moldes do apoio matricial. Assim, os profissionais que vão para além do 'mínimo' descrito pela PNAB, têm papel determinante na promoção de saúde dos usuários e na rotina de trabalho da equipe. Dessa forma, sabe-se que há mais de uma equipe de referência em cada unidade de saúde, além de categorias profissionais, consideradas do Nasf-AB,

atuarem diretamente junto às equipes no dia a dia. Esse quadro faz com que o Serviço de Saúde Comunitária do GHC seja algo ímpar comparando-se as demais regiões do país. Outras diferenças são o desenvolvimento de dois programas de residência (médica e multidisciplinar) contando atualmente com mais de 100 residentes, e o desenvolvimento de tecnologias leves para o Ministério da Saúde.

Como meta para 2020, o SSC/GHC assumiu como diretriz, em 2018, organizar o trabalho nas unidades de saúde em Equipes de Referência (ER), visando o aprimoramento dos serviços prestados. Aqui, cabe conceituar uma equipe como “grupo de pessoas que se organiza na função do compromisso de se produzir Valor de Uso que potencialmente interesse a parcelas da sociedade” (PINTO, 2010b, p. 298 apud CAMPOS, 2000). As ER, por sua vez, consistem em subdivisões de equipe, buscando facilitar o acesso, fortalecer o vínculo e a integralidade do cuidado, melhorar a coordenação local e a qualidade da atenção, através do melhor conhecimento dos usuários e da ação interdisciplinar coordenada (BRASIL, 2004; SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA, 2017).

No entanto, mudanças demandam adaptações por parte dos envolvidos nos serviços de saúde, seja pelos integrantes das equipes, seja pela população usuária dos serviços de saúde. Trabalhar em ER fez com que os processos de trabalho dos profissionais também sofressem alterações. São componentes do processo de trabalho a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; além do objeto de trabalho e os meios/instrumentais de trabalho de cada profissional (MENDES, WUNSCH, REIDEL, 2019, p. 161). Ou seja, se é estabelecido que se deve trabalhar em equipe, logo também se define o modo como se trabalha. E esse modo de trabalho determina a própria ‘oferta de saúde’ em um serviço.

Atentando para os impactos que a implementação das ER gerou nos trabalhadores, no papel de equipe, teve-se como objetivo principal da pesquisa “analisar, na perspectiva dos trabalhadores que compõem as equipes, como aconteceram os recentes processos de mudança em três unidades de saúde, as quais pertencem ao serviço de saúde comunitária – Grupo Hospitalar Conceição, no que diz respeito a implantação de equipes de referência”. Assim, a pesquisa ocorreu em três Unidades de Saúde (US) do GHC/GSC, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. As três equipes foram escolhidas por serem as que, mais recentemente, passaram pela mudança organizacional para implantação das ER, entre os anos de 2017 e 2018.

A pesquisa caracteriza-se como qualitativa e foram realizadas entrevistas com os assistentes de coordenação de cada equipe - tanto aquele que estava na gestão durante transcurso da pesquisa, quanto aquele que idealizou/realizou o processo de mudança -; também foram feitos grupos focais com três trabalhadores de cada equipe, os quais foram indicados pela equipe total, para participarem da pesquisa. Os momentos de coleta de informações foram realizados durante os meses de julho e agosto de 2019; os áudios foram gravados e transcritos. A análise de conteúdo deu-se por método de categorização, através dos objetivos específicos (CAVALCANTE et al., p. 13-18, 2014).

O QUE IMPULSIONA A MUDANÇA?

O primeiro dos objetivos específicos da pesquisa propunha analisar quais foram os impulsionadores que incentivaram as mudanças em relação à implantação das ER nas unidades de saúde. Dessa forma, os trabalhadores participantes foram questionados sobre como as mudanças nas equipes e nos processos de trabalho aconteceram e o que os levou a buscar as mesmas, através da implantação das ER. Assim, foram organizados alguns tópicos que divulgam aquilo que mais obteve destaque nos relatos dos participantes da pesquisa.

Influência institucional: Sabe-se que o GHC é uma instituição pioneira no quesito saúde pública no Brasil, mais especificamente na APS. Todavia, o serviço tem algumas particularidades, não estando totalmente padronizado com os demais serviços públicos de saúde de atenção básica de Porto Alegre - no que diz respeito às unidades de saúde administradas pela Prefeitura. Dessa forma, há, frequentemente, diferentes acordos com a gestão municipal, a respeito da organização da atenção primária da GSC-GHC.

Procurando organizar-se de acordo com aquilo que é preconizado para a APS a nível nacional, a gerência comunitária do GHC definiu como meta, até 2020, o cumprimento de uma diretriz, que propõem a implantação do modo de trabalho em ER, em todas as unidades de saúde. Assim, os trabalhadores relataram que a partir desta diretriz, se formalizou as razões pelas quais se buscava a implantação das equipes de referência.

O termo equipe de referência pode ser entendido como um "[...] rearranjo organizacional que procura coincidir o poder de gestão com a equipe interdisciplinar" (CAMPOS; DOMINITTI, 2007, p. 400). Devemos pensar que quando é estabelecido pela instituição que as unidades de saúde devem trabalhar a partir destes moldes, entende-se que não é apenas uma reorganização dos trabalhadores, mas sim de uma série de outros fatores, como território, acesso, coordenação do cuidado, monitoramento de indicadores, etc.

O Ministério da Saúde afirma que o trabalho na atenção primária em equipes de referência "[...] contribui para tentar resolver ou minimizar a falta de definição de responsabilidades, de vínculo terapêutico e de integralidade na atenção à saúde, oferecendo um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo." (BRASIL, 2004, p. 06). A definição do termo foi publicada através da Política de Humanização do SUS, propondo que o trabalho em saúde realizado por ER é, definitivamente, mais adequado para a atenção primária, assim como para o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS.

As equipes de referência propõem um novo sistema de referência entre profissionais e usuários, cujo funcionamento pode ser descrito da seguinte forma: cada unidade de saúde se organiza por meio da composição de equipes, formadas segundo características e objetivos da própria unidade, e de acordo com a realidade local e disponibilidade de recursos. Essas equipes obedecem a uma composição multiprofissional de caráter transdisciplinar, isto é, reúnem profissionais de diferentes áreas, variando em função da finalidade do serviço/unidade (por exemplo: equipe de saúde da família quando for uma Unidade de Saúde da Família). As equipes podem também se organizar a partir de uma distribuição territorial. Neste caso, os usuários de um território são divididos em grupos, sob a responsabilidade de uma determinada equipe de saúde, denominada equipe de referência territorial (BRASIL, 2004, p. 7-8).

Assim, as unidades de saúde do GHC passaram a trabalhar nesta direção, obedecendo as diretrizes da instituição, além dos termos já anteriormente estabelecidos pelo próprio Ministério da Saúde, trazendo uma melhor adequação para aquilo que a política de saúde como um todo propõe.

Outras razões também foram apontadas pelos participantes, como, por exemplo, a necessidade de interligar vigilância e assistência, ou seja, a mesma equipe que realiza a vigilância dos indicadores de saúde num território, também faz a busca ativa e atende os usuários que precisam ser vistos pela equipe. Isso contribui para atender um dos princípios do SUS: a integralidade, a qual

[...] pode ser concebida como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores do cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção ao sistema. A 'integralidade' das ações consiste na estratégia concreta de um fazer coletivo e realizado por indivíduos em defesa da vida (PINHEIRO, 2009).

Dessa forma, se unifica o trabalho e faz com que cada profissional saiba exatamente as demandas que precisam ser supridas pela sua equipe, dentro de determinado território. Assim, se evita a dicotomia daquilo que é vigilância e do que seria assistência, passando a perceber estas como interligadas, uma suprimindo a outra.

Renovação X Resistência: A pesquisa mostrou alguns aspectos fundamentais para a concretização da mudança. Um deles foi a influência de alterações na composição da equipe, o que afeta no funcionamento de todo o grupo de profissionais, ainda que as mudanças tenham ocorrido por questões pessoais (aposentadoria, óbito, transferências, etc.). Dessa forma, algumas equipes aproveitaram o cenário de mudanças para inovar em outras atividades. Ou seja, a troca de alguns membros da equipe permitiu renovações no processo de trabalho.

Positiva ou negativamente, a presença de alguns colegas faz a diferença no processo de mudança. Positiva, pois alguns trabalhadores relataram que a mudança ocorreu devido a chegada de colegas de equipe que percebiam seus processos de trabalho de uma maneira diferente e que assim, não se podia promover saúde na atenção básica sem que houvesse a organização das ER. Dessa forma, houve incentivo para às mudanças por parte dos novos colegas, sendo este fator peça chave para concretização daquilo que antes só se havia pensado.

Aqui, foram citados alguns perfis de trabalhadores: aqueles que já haviam trabalhado nos moldes das ER e divisão de áreas de referência e que, dessa forma, apoiaram a mudança por já terem experienciado tal formato; e aqueles que acreditavam no formato das ER, que buscaram informações sobre o assunto, analisaram dados, efetuaram pesquisas com a população, tudo para que se justificasse os reais motivos da mudança e o seu potencial.

Em contraponto, também foram citados aqueles que não apoiavam as mudanças; um outro perfil de trabalhador com opiniões mais conservadoras e não adeptos às mudanças propostas, faziam com que toda a equipe se desmotivasse. Aqui, percebemos a grande influência que alguns trabalhadores têm em determinados grupos. O GHC, por ter um serviço de atenção primária anterior ao SUS, também tem

trabalhadores que estão há muito tempo no serviço. Estes possuem vínculos muito estreitos com a população atendida e com determinados modos de trabalho, o que, muitas vezes, gera uma certa acomodação em seus processos de trabalho.

Nos momentos de estagnação à novas adaptações e mudanças, sugere-se a atuação do apoio institucional, para que as relações entre os trabalhadores não se tornem ofensivas, de assédio ou abuso de poder.

O apoio institucional (AI) é uma função, ou metodologia de trabalho gerencial, direcionada a coletivos organizados para a produção de saúde, que visa a promover a análise e a gestão compartilhadas do trabalho, em contraposição às principais características dos modos tradicionais de administração. Nesse sentido, objetiva a democratização das instituições e procura evidenciar as relações intrínsecas entre a oferta de serviços que atendam a necessidades sociais, à configuração das organizações que os provêm e à formação subjetiva dos profissionais que nelas atuam (GUIZARDI et al., 2018, p. 02).

Apesar da importância do Apoio Institucional, alguns dos entrevistados relataram não ter tido a formalização deste e assim, houveram alguns impasses na equipe, que poderiam ter sido evitados. Uma mudança gera inúmeras opiniões, podendo provocar instabilidades nas relações entre os trabalhadores de uma equipe. Porém, esta não pode ser uma razão plausível para a desistência, no que diz respeito ao aprimoramento dos processos de trabalho e da prestação de serviços.

Programa de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde: O GHC é reconhecido por ser uma instituição-escola e assim, já é de costume receber residentes, nos diferentes serviços, para que estes tenham acesso à formação especializada. Dessa forma, os residentes foram citados como grandes impulsionadores para que a mudança ocorresse. Segundo os participantes, os programas de residência instigam os trabalhadores a sempre estarem atualizados, pois a tendência é que os residentes estejam em constante aprendizado, na busca por atualizações e melhorias dentro do SUS. Assim, as pesquisas, os estágios e os conteúdos trabalhados pelos residentes, mostravam às equipes aquilo que era possível de ser realizado, provocando uma movimentação entre os componentes das equipes, levando à reflexão e ao desejo de mudar.

Esta observação realizada pelos participantes da pesquisa corresponde a outros achados em diferentes serviços, que dizem respeito ao papel da residência:

Sabe-se que a transformação da formação e das práticas é um desafio a ser superado em várias instâncias, pois implica mudanças de paradigmas já estruturados nos serviços, nas instituições de ensino e nas relações interpessoais. Apenas o diálogo e a aproximação das práticas e das concepções de atenção à saúde vigente tornarão possível construir um novo modo de trabalho em saúde, centrado no usuário, com qualidade, resolubilidade e equidade. Como parte das estratégias de formação permanente para o SUS, a Residência Multiprofissional de Saúde da Família apresenta potencialidades pedagógicas e políticas para transformação do modelo de atenção e das práticas de cuidado em saúde a partir da aprendizagem vivenciada no contexto real do trabalho em saúde em Unidades de Saúde da Família (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010 p. 825).

Também, foi relatado que, não somente as equipes, mas o GHC como um todo, devem disponibilizar aos residentes um campo de prática apto para sua formação. Dessa maneira, assim como é bom para o residente também viver a mudança, os próximos que passarem por este campo terão vivências atualizadas e aprimoradas. Portanto, os períodos de mudança foram vividos através dos residentes e para os residentes, além dos demais beneficiários das equipes de saúde.

Quando pensamos em uma equipe multidisciplinar em busca de um objetivo comum, podemos perceber que os residentes, por estarem incluídos em uma formação também multiprofissional, acabam tendo um campo de visão mais ampliado e apto para contribuir nos processos vivenciados pela equipe. Infelizmente, em alguns espaços, essa aptidão não é devidamente valorizada e algumas equipes deixam de se beneficiar no momento que não reconhecem a potência que há nos programas de residência e nos seus participantes.

Distribuição de tarefas: Outro ponto chave que instiga a formação de ER é a melhor distribuição de tarefas entre os trabalhadores, que este formato permite. Com este modelo organizacional, passam a existir referências – tanto para a população usuária do serviço quanto para a equipe em si – a quem se deve remeter quando necessário, pelos mais diversos tipos de demandas.

Alguns participantes referiram que anterior à mudança, estavam sobrecarregados e que a divisão do território em áreas e a organização por ER, tornou possível visualizar o envolvimento ou o descompromisso dos profissionais, através do trabalho desempenhado e partilhado em equipe. A nova organização evidenciou quem deveria desenvolver cada tarefa, no contexto de responsabilidade em equipe, permitiu melhor avaliação do desempenho total, e a identificação de pontos a serem aprimorados.

As diferentes relações que cada profissional tem com o seu trabalho também apareceram na pesquisa. Poderão existir aqueles engajados com o trabalho, comprometidos com a equipe, percebendo o trabalho como algo maior do que geração de renda; assim como terão aqueles que percebem a instituição apenas como espaço para venda da força de trabalho, não se envolvendo para além disso. Não cabe a este texto determinar as consequências desses perfis, porém este foi um dos fatores trazidos em relatos na pesquisa. Sabendo que o processo de mudança é difícil e requer disciplina, os participantes citaram que é preciso reconhecer o tanto de esforço que se isso demanda da equipe, e que não serão todos os integrantes desta que irão implicar-se neste processo.

A partir destas reflexões, relativas à primeira categoria da pesquisa, podemos dizer que não se observou poder de convencimento e estratégia para fazer que uma equipe seja uníssona. As diferenças sempre existiram e continuarão existindo. Durante a pesquisa foi falado sobre tensão, resistência, desentendimentos, questões emocionais, desgaste, carga de sofrimento, cansaço, estresse, fragmentação, desvalorização. Aqui é importante reconhecer as dificuldades e também estar consciente de que estas irão impactar na produtividade e aprimoramento da equipe.

Desde que a pesquisa foi realizada, durante o período de análise de dados e escrita do artigo, as equipes passaram por desmotivações ainda maiores. O interesse por investir no SUS está cada vez mais escasso e assim também está o trabalhador. Mais especificamente no município de Porto Alegre, temos que reconhecer o quadro de instabilidade que muitos profissionais da atenção primária estão vivendo. Atualmente, em uma das crises que a saúde pública enfrenta diariamente, centenas de funcionários estão em situação instável em relação aos seus empregos. E isso inclui todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), muitos deles compondo o quadro de funcionários da GSC-GHC, com vínculo empregatício no Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), destituído recentemente.

Por mais que pareça que este relato não condiz com o que a pesquisa propõe, acredito que não há como negar que a não garantia dos ACS nas ER (numa visão individualista em relação às unidades de saúde do GHC, pois cerca de 40 postos de saúde sofrem com a cobertura parcial de recursos humanos de todas as categorias profissionais) fragiliza os trabalhadores de saúde, tanto profissional quanto pessoalmente. Assim, essa breve manifestação busca expor a necessidade da

garantia de uma saúde pública de qualidade, no quesito prestação de serviços e manutenção dos trabalhadores de saúde, pois, sem isso, não há SUS.

Portanto, não há como desintegrar aquilo que é esperado que as equipes desempenhem com o nível de incentivo/impulso que estas recebem. Uma equipe de referência não é apenas o agrupamento de trabalhadores. Esta equipe é formada por um grupo de seres humanos, dispostos a atender outros seres humanos, sabendo que uma vez também precisarão ser atendidos, o que gera um ciclo, sem início e sem fim. Assim como os determinantes e condicionantes da Saúde, que procuram cobrir as demandas do indivíduo biopsicossocial, para que a saúde seja promovida, também deve-se garantir todos os fatores apontados pelo Art. 3º da Lei 8.080/1990 “[...] a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990). Ou seja, os impulsionadores para a mudança/aprimoramento de um serviço também dependem de um conjunto de fatores. O ‘fazer saúde’ é uma via de mão dupla. Saúde é um dever do Estado e o trabalhador também precisa dela. É preciso ter Saúde para poder promover Saúde.

PNAB E EQUIPES DE REFERÊNCIA

O segundo objetivo específico da pesquisa era analisar no que as mudanças se relacionam com os atributos da APS. É previsto pela política nacional que as unidades de saúde pertencentes ao nível da Atenção Básica (AB) sejam porta de entrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017, art. 2º, §1º). No art. 3º, encontramos os princípios e diretrizes a serem seguidos pela AB:

São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica: I - Princípios: a) Universalidade; b) Equidade; e c) Integralidade. II - Diretrizes: a) Regionalização e Hierarquização; b) Territorialização; c) População Adscrita; d) Cuidado centrado na pessoa; e) Resolutividade; f) Longitudinalidade do cuidado; g) Coordenação do cuidado; h) Ordenação da rede; e i) Participação da comunidade (BRASIL, 2017).

Além disso, a atenção básica também trabalha em consonância com a vigilância em saúde:

A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa

estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade (BRASIL, 2017, Art. 5º).

Assim, os participantes da pesquisa foram convidados a refletir sobre a maneira com que o trabalho em equipes de referência refletiu naquilo que a PNAB propõe, em observância às realidades das unidades de saúde em que atuam. Dessa forma, tiveram destaque os seguintes temas:

Acesso: O acesso é frequentemente analisado, discutido e valorizado nos espaços da atenção básica. Quem deve acessar, como se deve acessar, por que se deve acessar, são questionamentos constantes entre as equipes de saúde e gestores. “Compreende-se então que o acesso é uma categoria-chave na análise das interrelações entre usuários e serviços de saúde de diferentes níveis assistenciais na construção da continuidade do cuidado” (SOUSA et al., 2013, p. 1284).

Sabendo do impacto que as mudanças geram, os trabalhadores usaram diversas estratégias para que houvesse o menor resultado negativo possível. Por isso, um dos fatores que mais se deu atenção durante os processos de mudança para ER foi o quesito acesso. Muito embora ele tenha sido um dos itens que mais sofreu consequências, positivas e negativas, levando trabalhadores e usuários a sentirem o quanto as adaptações exigem determinação dos envolvidos para que os atributos sejam mantidos.

Justamente pela formação das ER, passou-se a pensar em métodos que levassem os usuários serem atendidos prioritariamente por aqueles profissionais que compunham sua equipe de referência (e isto é vínculo/longitudinalidade, atributo que se busca ao organizar em ER). Dessa forma, um ‘quebra-cabeça’ se formou diante dos planejamentos das equipes, para que se coincidissem o modo de acesso da população usuária com os horários e disponibilidade de trabalho dos profissionais. Assim, durante o processo de implantação das ER, experimentou-se algumas formas de acesso e, até a realização desta pesquisa, alguns ainda estavam sendo testados, com resultados positivos e negativos.

Segundo Sanchez e Ciconelli (2012),

[...] a maior parte da literatura concorda que acesso não equivale à simples utilização do serviço de saúde. O acesso tem sido descrito como a oportunidade de utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos. Padrões de utilização devem ser analisados

com cautela, pois não constituem um elemento indicador do acesso per se, embora possam auxiliar na avaliação da equidade em saúde (p. 264).

Ou seja, o conceito e discussão sobre acesso vai muito além da individualização de uma unidade de saúde. Este também perpassa por diversas políticas públicas, quando pensamos na interligação entre os múltiplos serviços que procuram dar conta das demandas biopsicossociais dos indivíduos.

Ainda sobre dificuldades de acesso, muitas vezes a população não tem conhecimento sobre o que realmente se trata as mudanças ocorridas nas unidades de saúde que frequenta, seus motivos e no que isso irá impactar. Apesar dos trabalhos realizados em conjunto com a população (os quais serão descritos mais adiante no texto), não é possível que as informações alcancem a todos os usuários para que compreendam o processo que a equipe está passando.

Nos relatos dos trabalhadores, foram citados alguns descontentamentos que a população usuária apresenta em relação ao acesso, o que também afeta a equipe, levando todos a se questionarem se estão fazendo 'a coisa certa'. A partir disso, conclui-se a necessidade constante de diálogo com os usuários do serviço e a realização de avaliação do novo modo de funcionamento da unidade de saúde, para que assim se tenha um resultado válido, que vai para além das opiniões que partem do senso comum.

Os espaços de controle social, planejamento participativo, grupos comunitários e outras organizações territoriais, são uma ótima alternativa para envolver a população nos processos de organização das unidades de saúde. Atualmente, essas organizações sociais têm passado por crises, falta de quórum, desvalorização dos gestores e dificuldades para se manterem democraticamente. E isso é mais um dos pontos que também atingem a equipe. Trabalhar com usuários que têm conhecimento sobre o SUS e consciência sobre o espaço que ocupam nessa política, pode mudar significativamente o modo de fazer saúde.

Por fim, também podemos refletir sobre a demanda reprimida existente em diversos serviços do SUS. Como os participantes mencionaram, a demanda sempre será superior à oferta, o que, obviamente, também impacta no acesso aos serviços. Isso tudo se complementa quando falamos sobre agendamento de consultas, condições físicas e de recursos humanos, perfil dos usuários e tantos outros fatores que devem ser pensados quando se fala de acesso.

Vínculo/longitudinalidade: Outra temática discutida pelas equipes é em relação ao vínculo, nas suas diversas facetas: entre trabalhadores; entre trabalhadores e usuários; entre instituição e trabalhadores; entre usuários e unidade de saúde e entre usuários e profissionais da saúde. Vínculo é algo indispensável quando discutimos cuidados em saúde, tanto que é citado diversas vezes nos documentos que regem o SUS.

Um dos atributos da APS, que também compõe o SUS, é a longitudinalidade, conceito que gerou discussões e que dividiu as opiniões dos profissionais. Alguns acreditavam que a mudança poderia ser negativa em relação aos vínculos, pois alguns trabalhadores estão há mais de 20 anos naquele serviço, sendo que vários de seus usuários são os mesmos em todo este tempo e assim, a mudança traria a quebra desses vínculos, ocasionando malefícios para o acompanhamento de saúde dos pacientes; por outro lado, alguns profissionais alegavam que os usuários deveriam vincular a uma equipe, para receber cuidados integrais, e não apenas a um determinado profissional.

De acordo com uma pesquisa realizada por Seixas et al., sugere-se que

[...] o vínculo é algo passível de ser construído, mas que também pode ser desconstruído – ou nunca ser alcançado – e que, portanto, precisa ser cuidado. Nesse sentido, vínculo é algo que só se constrói se o outro também quiser, se ambos se considerarem “interlocutores válidos”, ou seja, se assumirem uma postura ética de enxergar o outro da relação como alguém com quem há de se estabelecer pactuações, que tem necessidades, desejos, expectativas e um saber que, na maioria das vezes, é diferente do seu, sendo que isso enriquece a prática. A partir desse reconhecimento, torna-se possível o compartilhamento de projetos terapêuticos no espaço do entre desejos de usuários e trabalhadores (2018, p. 05).

Todos os trabalhadores relataram dificuldades em relação aos novos vínculos que precisavam ser firmados e também àqueles que seriam interrompidos, pela alteração de referência, citando essas mudanças como fator ansiogênico para usuários e trabalhadores. Havia pacientes que não desejavam vincular com outro profissional, pois se sentiam confortáveis com aquele que o acompanhou por décadas, porém que não condizia com sua equipe de referência; assim como havia aqueles profissionais que estavam tão acostumados com a rotina de cuidados de alguns usuários, que também não desejavam deixar de acompanhá-los.

Além disso, para as equipes, existiram duas situações: quando o profissional deveria ‘passar’ um paciente que vinha acompanhando há anos para que fosse assistido por outro colega; e quando também se recebia um paciente que era visto há

muito tempo por outro colega. Ou seja, os dois envolvidos nesse cenário, profissional e paciente, viveram quebras de vínculos e adaptações ao novo. O vínculo impacta o acompanhamento, o diagnóstico e até mesmo a adesão ou não ao tratamento. Os participantes chegaram a relatar que esta foi uma transição tensa que demandou determinação e bom senso, quando se compreendia a mudança de vínculo como algo necessário.

Então, a partir da formulação das ER, deu-se início a um trabalho intenso para a revinculação, que partia de ambos os lados: usuário com profissionais e profissionais com usuários. E não mais individualizada/personificada, mas sim ampla, com referência, que agrega maior número de profissionais no âmbito da multidisciplinaridade, isto é, que tem como objetivo acolher o paciente com integralidade, buscando a longitudinalidade e trabalhando com a coordenação do cuidado, permitindo um olhar amplo em relação ao sujeito biopsicossocial que busca pelo serviço de saúde. Antes, o paciente poderia ter apenas um profissional como referência, agora ele tem uma equipe multiprofissional que preza pelos cuidados de saúde do mesmo.

O conceito de vínculo no cuidado em saúde, mesmo que por vezes massificado, pode ser engravidado por um projeto ético-estético-político, nunca acabado, que coloque a centralidade das práticas de cuidado nas demandas e necessidades em saúde das vidas em sua diferença, que potencialize as escolhas de cada usuário, considerando aquelas com significados para ele, sempre evitando-se enveredar pelo juízo moral ou pela criminalização dos desejos e escolhas do outro. Assim, foge-se da captura do lugar de saber o que é melhor para o outro, reconhecendo nossos não saberes e a necessidade de uma ação ativa na busca pelo compartilhamento da produção do cuidado entre trabalhadores e usuário, de forma viva, simétrica e singular (SEIXAS et al, 2018, p. 11).

Para que este conceito de vínculo, ligado às ER, seja eficaz, é necessária uma equipe muito bem formulada e articulada, trabalhando segundo os atributos do SUS. Temos que reconhecer que este cenário ainda não é possível em todos os serviços de saúde, por múltiplas razões. Porém, como apresentado pelos participantes, a ideia de vínculo com um profissional específico já é positiva. Quando pensamos na amplitude da ER, podemos acreditar que os vínculos com maior número de profissionais também são importantes, ao valorizarmos atendimentos multidisciplinares e uma equipe com atuação interdisciplinar.

Em uma das equipes participantes, foi realizado um breve questionário - antes da implantação das ER - para verificar se os usuários realmente tinham vínculo mais

intenso com um profissional específico. Surpreendentemente, concluiu-se que não. Inclusive constatou-se que um dos problemas da não existência das equipes de referência é que o usuário vinha para atendimento múltiplas vezes, com diferentes profissionais, tendo que se expor a cada atendimento, sem ter uma continuidade e coordenação dos cuidados. Ou seja, a ideia de vínculo/dependência com determinado profissional, era mais ilusória do que real (salvo alguns casos específicos, quando o paciente requer cuidado mais intenso na área de saúde mental e/ou doença crônica grave, por exemplo). Nesse cenário, pode-se dizer que a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado não ocorriam de maneira esperada.

Diante disso, podemos perceber que, para além do vínculo entre profissionais e pacientes, ter uma equipe de referência torna o atendimento mais integral e resolutivo, evitando assim maior sofrimento para a pessoa e/ou para a família, tendo como consequência a economia para o sistema. Quando um usuário é visto por uma mesma equipe, embora seja por diferentes profissionais, supostamente há maior garantia de um acompanhamento devidamente planejado e baseado na continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado, poupando retornos desnecessários e prezando o bem-estar do paciente. Isso porque há profissionais de referência e momentos de discussão de caso nessa equipe, potencializando a assistência integral ao usuário.

Desvalorização dos trabalhadores: Sabe-se que a desvalorização e precarização dos trabalhadores de saúde é algo comum em diversos serviços. Por serem cenários de trabalho com contextos densos, há grandes chances que a saúde do próprio profissional seja afetada. Durante a pesquisa, os participantes citaram situações de sofrimentos mentais, nível de estresse aumentado, adoecimentos físicos e psíquicos neles mesmos e em colegas.

A categoria profissional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi citada em todas as entrevistas realizadas e assim, é preciso reconhecer o papel que estes desempenharam durante a organização das ER. Como uma das participantes da pesquisa relatou: “os ACS são os olhos da equipe na comunidade”. A territorialização está intrínseca às ER e foi papel dos ACS tanto a comunicação que partia da equipe para a comunidade, quanto vice-versa.

Portanto, acredito ser propício contextualizar, brevemente, o que esta categoria profissional vem enfrentando nos últimos tempos. Através das alterações realizadas

na PNAB-2017, o quantitativo de ACS por equipe mínima de saúde, ficou condicionado à percepção e análise dos gestores, e não mais assegurada por lei (BRASIL, 2017, 3.4 – 1). A realidade enfrentada pelas equipes participantes dessa pesquisa, é que não há número suficiente de ACS – sendo que vários deles não foram repostos diante da vacância do cargo. Lembrando que estes são fundamentais para a execução da APS, o que impacta na configuração e no objetivo das ER.

Essa desvalorização ainda aparece quando foram adicionadas à atuação dos ACS tarefas extras que hoje competem à trabalhadores específicos, como: aferir pressão arterial, aferir temperatura, realizar a medição de glicemia, fazer a troca de curativos, entre outras (BRASIL, 2017, 3.2a). Isso, além de desconfigurar o papel profissional dos ACS, também funcionará como uma justificativa para a não contratação e a depreciação de profissionais da área da enfermagem, por exemplo, que já são capacitados para a realização de tais procedimentos.

Lembre-se, aqui, que o ACS é um trabalhador que deveria ser o ‘elo’ entre os serviços de saúde e a população, contribuindo para facilitar o acesso e proporcionar uma relação estável e contínua entre a população e os serviços de APS. Tal formulação compromete, também, um conjunto de processos já instituídos na ESF, que se estruturam por meio da presença constante de um trabalhador da saúde no território. Entre esses processos, destacam-se a escuta e a percepção de problemas e necessidades que poderiam ser invisíveis aos serviços, bem como a identificação e a criação de possibilidades de intervenção, dadas a partir de seus conhecimentos sobre a dinâmica da vida no território (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018, p.16).

Também, foi citado pelos participantes sobre o aumento das demandas nas unidades de saúde. Hoje, mais do que nunca, há maior número de pessoas vinculadas e, muitas delas, não costumavam utilizar as unidades de saúde do SUS por terem acesso a convênios de saúde privados. Segundo relato de vários usuários que são acolhidos nas unidades de saúde, foi pelo aumento do desemprego que a população deixou de ter condições financeiras para arcar com o acesso à saúde privada e assim, passou a migrar para os serviços do SUS. Nesse crescimento de usuários, as ER se mostraram como uma ótima estratégia para que os profissionais pudessem dar conta de seus deveres como tal e assim, buscassem por alternativas para manter o serviço.

Na prática, 25% a 30% da população é consumidora de planos privados de saúde [...] sendo parte das classes média-alta, média-média e pequena fração dos segmentos médios baixos, onde se encontra a estrutura dos trabalhadores sindicalizados do setor privado e público. Entre os 70% e 75% que utilizam apenas o SUS estão a maioria da classe média baixa, a massa trabalhadora formal e informal e os miseráveis. Vive-se, na verdade, um

sistema híbrido público-privado, com relações promíscuas entre si, sem regulação de interesse público e refletindo um Estado criador de mercado custeado pelos direitos de cidadania. Daí o jargão “SUS pobre para os pobres e complementar segmentado para os consumidores dos planos privados” (SANTOS, 2018, p. 1734).

É importante lembrar que o trabalhador da saúde também é prejudicado nesse processo. Embora as demandas estejam aumentando, não há aumento significativo no quadro de funcionários do SSC, na melhoria das estruturas e nos incentivos à saúde. Outro ponto a ser relatado é sobre a complexidade das situações que têm demandado dos profissionais uma dedicação e esforço ainda maiores. Reconhecer a necessidade de autocuidado dos próprios trabalhadores é fundamental para garantir serviços de saúde que cumpram com as propostas do SUS.

Além disso, é indispensável que se compreenda, numa visão macro, que os investimentos na APS ainda são baixos, diante da importância que há neste primeiro nível da saúde. A mudança em uma equipe é um movimento micro que, para se sustentar, precisa de apoio e estabilidade do macro. São diferentes facetas que têm objetivo em comum: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (art. 2, lei 8080). Ou seja, parte de um direito humano, representando o ‘micro’, para o dever do Estado, que é ‘macro’.

AS MUDANÇAS NA ROTINA E NO ACESSO AOS SERVIÇOS

O terceiro objetivo específico tratava sobre como as mudanças nos processos de trabalho refletem na rotina dos profissionais, assim como no modelo de acesso ao serviço. Para explorar essa questão, os participantes foram questionados sobre o *antes, durante e depois* das mudanças.

Equipe, comunidade e mudança: Em relação àquilo que antecedeu a mudança em si, foi relatado que o processo de fazer as equipes e os usuários compreenderem a *necessidade* de mudar, foi um trabalho árduo para aqueles que já percebiam a importância da mudança e deram início a esse processo. Como dito anteriormente, foi característica presente que nas equipes participantes se aproveitou de uma mudança que já estava ocorrendo involuntariamente - troca do quadro de

funcionários, por exemplo - para dar início à outra mudança, que demandaria maior engajamento dos integrantes da equipe.

Houve falas que demonstraram a grande resistência que havia em alguns integrantes das equipes. Dessa forma, conclui-se que a mudança deveria fazer sentido/ter significado para os trabalhadores, para que assim, se acreditasse nela. Neste contexto, alguns profissionais iniciaram estudos e diálogos com a equipe, através de educação permanente, sobre a APS, como as equipes se caracterizavam nesse contexto, no que os trabalhadores e os usuários seriam atingidos, as vantagens e desvantagens, entre outras temáticas. Portanto, para diminuir a resistência, foram traçadas estratégias baseadas no ganho de conhecimento e na reflexão sobre os processos de trabalho anteriormente estabelecidos.

Isso se aplica também às características do próprio processo de mudança. Foi necessária a união da equipe e da comunidade pela busca da mudança. Se a equipe trabalhou com educação permanente, os usuários foram alcançados pelos encontros dos Conselhos Locais de Saúde (CLS), reuniões sobre a temática, atividades de sala de espera, conversas com os profissionais durante os atendimentos, abordagens pelas ACS, etc. Em relação às diversas colaborações que existem no ambiente das equipes, Peduzzi e Agreli (2018) afirmam que

[...] a colaboração em rede e com a comunidade, em que os profissionais da equipe buscam alternativas na equipe e também em outros serviços, setores e com os usuários, família a comunidade. Essa modalidade de colaboração ressalta a importância do trabalho interprofissional em equipe na promoção do trabalho intersetorial e da participação social. Assinala-se também a forte relação entre prática colaborativa e atenção centrada no paciente, que juntas constituem movimento das equipes em incluir os usuários como protagonistas e partícipes do “fazer junto” na equipe interprofissional (p. 1530).

Da união de todos esses fatores resultou a concretização da mudança, muito embora ainda se perceba que alguns usuários continuam tendo dificuldades e dúvidas em relação às novas formas de atendimento. Isso mostra que é preciso seguir com o trabalho de inclusão da comunidade no funcionamento das unidades de saúde.

É preciso avaliar: O que há posterior às mudanças gera uma reflexão ainda maior. Sabe-se que a necessidade de avaliação chega a ser quase constante. Durante a pesquisa, os participantes trouxeram que há intensificação da comparação do antes e do depois da mudança, e muitas vezes focando naquilo que era bom e ficou ruim, e não naquilo que mudou para melhor. Assim, mais uma vez, se demandam estratégias

para que se continue acreditando na mudança já estabelecida ou para que se mude ainda mais.

Nisso, as equipes relataram constante adaptação. Houve intercorrências em todos os processos de mudança, provando que as mudanças não dependem apenas da tomada de decisão da equipe, mas sim de uma combinação de fatores, muitas vezes improváveis para o que se havia planejado. Portanto, era preciso arriscar, com a possibilidade de continuar a mudar, caso necessário, e nisso, manter avaliações com o objetivo de analisar como estava se dando todo esse processo.

Em relação às avaliações - embora os autores estejam se referindo a políticas macro - creio que Furtado et al. (2018) trazem algumas reflexões indispensáveis quando falamos de avaliações de serviços de saúde. Primeiro que a avaliação geralmente está ligada ao planejamento, e ela aparece tanto antes quanto após as mudanças. Porém, como esclarecido pelos autores:

[...] o uso da Avaliação de maneira instrumental, em várias áreas e setores na atualidade, dentro e fora da saúde, tem gerado críticas. [...] A alocação do orçamento público com base em sistema de Avaliação gera uma questão que não pode ser ignorada: o que seria ou não digno de mérito? A existência e persistências de necessidades não atendidas, de vulnerabilidade social e de risco se transformam em um dado secundário, já que o programa ou a política pode ser extinto independentemente dos problemas sociais que buscam mitigar ou superar. [...] A ênfase na Avaliação pode eventualmente prestar-se à segmentação da reflexão sobre determinado serviço, por exemplo, apenas no que concerne ao desempenho ou atributos tomados isoladamente, como cobertura, eficácia, eficiência e satisfação, evitando remeter indagações aos aspectos mais essenciais que justificariam a própria existência da intervenção abordada (p. 7).

Ou seja, a avaliação não deve ser realizada de maneira isolada, buscando apenas provar a melhora ou piora de indicadores. Existem diversos outros contextos que devem ser colocados em pauta quando se avalia. Ainda, há diferentes maneiras de se avaliar, havendo maior credibilidade quando realizada por múltiplas partes:

[...] a Avaliação poderia constituir o dispositivo a contribuir na renovação de serviços e programas, convergindo com outras iniciativas, das quais destacamos o Planejamento, além da educação permanente, da análise das questões institucionais e do desenvolvimento de coletivos com maior grau de autonomia e horizontalidade. Tal estratégia agrega à Avaliação o compromisso com a capacitação e desenvolvimento dos grupos implicados, aumentando sua capacidade de analisar e intervir. Afinal, do ponto de vista organizacional, serviços e equipes com desempenho inadequado não deveriam ser eliminados ou sofrer sanções a priori, mas, ao contrário, constituiriam objeto de apoio e estímulo diante do evidenciado por meio da Avaliação e/ou do Planejamento. Levando-se em consideração o compromisso da Avaliação com o julgamento e o subsídio à tomada de

decisão, caberia aos agentes ligados à Avaliação colocar em questão o risco de a mesma ser utilizada como nova forma de gestão autocrática e mesmo de dominação ou, como já afirmado aqui, de avatar da gestão (FURTADO et al., 2018, p. 8-9).

A avaliação deve ir além do 'está bom ou está ruim'. Como citado pelos autores, ela pode gerar momento de capacitação, gerando reflexão sobre os resultados e não mudanças drásticas sobre aquilo que está posto nos resultados, o que pode gerar movimentos inadequados baseados em dados fixos, sem análise de conjuntura.

Questões como marcação de consultas, afastamentos de profissionais, dificuldades no âmbito macro da instituição, influências negativas externas que não se previa, aumento da demanda, entre outros, foram alguns dos tópicos trazidos pelos participantes, o que culminou em algumas crises pós mudança. Hoje, os desafios que estão se apresentando para as equipes de saúde são maiores e isso tem exigido ainda mais das equipes. O que fazer com o imprevisto durante o planejamento e/ou processo de mudança?

Foi preciso estudar, entender/compreender, o que se tinha planejado, mas também reconhecer que nem tudo foi positivo para os envolvidos, tendo os resultados causas internas e externas à equipe. Assim como antes se percebeu a necessidade de mudar, agora isso ainda pode ser percebido e talvez, outras mudanças ainda sejam necessárias. Todas essas discussões estão acontecendo nas equipes, onde todas têm passado por momentos de adaptação e reflexões para reafirmarem, ou não, as ER. Esses percalços impactam nas expectativas que foram geradas antes das mudanças se concretizarem e assim, não há como negar uma possível descrença no processo e no aprimoramento.

As mudanças são processos: Durante a pesquisa, diversas vezes foi enfatizado que a mudança é processual e que não é apenas um momento que irá determiná-la, mas sim a combinação de tarefas que irá mover alguns fatores para concretizar a mudança. Esse movimento engloba muitas pessoas, situações, permissões, burocracias e inclusive coragem, mesmo com dificuldades, para continuar apoiando esse processo de adaptação. Mudanças nas práticas atingem a rotina e a maneira como os usuários e trabalhadores se portam. E é preciso reconhecer o quanto essas mudanças podem mobilizar, profissional e pessoalmente, aqueles que nela estão envolvidos. Não dá para dizer que é simples e fácil quando todos são atingidos em diversos ângulos.

Outros relatos em relação aos momentos após a mudança também reconhecem o quanto o serviço ficou mais organizado/regrado (ou pelo menos está se trabalhando para isso); que agora realmente há referência, tanto para os usuários quando procuram atendimento, quanto entre os próprios colegas de equipe, que relataram não mais precisar ficar 'procurando' com quem discutir um caso, por exemplo, pois agora sabe-se exatamente com quem se deve falar, pois aquele paciente está referenciado para profissionais específicos; que há melhores condições para cumprir com a APS - onde se trabalha com a busca ativa, a territorialização, com os núcleos familiares e de rede, com a integralidade dos sujeitos, com a multi e interdisciplinaridade; se reconhece que os benefícios da mudança são atemporais, podendo não serem totalmente vistos agora, mas terão sim resultados que poderão ser vistos aos poucos; que essa organização facilita traçar os planos terapêuticos de um paciente; e que apropriar-se do processo de trabalho como equipe, favorece o pertencimento à ela.

É preciso saber que há várias maneiras de olhar para o período pós-mudança e que as equipes de referência não se resumem aos atendimentos à comunidade. Equipes também realizam a vigilância em saúde, trabalham com os indicadores do serviço e suas metas, são parte de uma instituição-escola ao acolher pessoas em processo de formação e também profissionais pós graduandos. Elas pensam e vivem intensamente as relações de seu meio. Equipes são o SUS que a população enxerga.

CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE MUDANÇAS QUE AINDA VIVEMOS

A construção deste trabalho deu-se pelas vivências que ocorreram, não somente durante a realização da pesquisa, mas pelo envolvimento nessas mudanças a partir de outras atividades da Residência. Não foram apenas algumas horas de entrevistas com os profissionais. Foram, até este momento, quase dois anos de residência em Saúde da Família e Comunidade que me gerou aproximação com o tema. Como Assistente Social, não pude deixar de atentar para os movimentos que ocorriam entre as relações dos trabalhadores. Ao mesmo tempo, percebia a necessidade de aprimoramento da instituição, para melhor garantir os direitos dos usuários dos serviços.

Dessa forma, com a realização da pesquisa, consta-se que as mudanças vão para além dos processos de trabalho. Com a organização das equipes de referência,

se percebeu um impacto nos trabalhadores, tanto profissional quanto pessoalmente; no modo de funcionamento da unidade de saúde; nos vínculos estabelecidos com os usuários; e, além disso, houve outras tantas reflexões e alterações na equipe, que nem teriam sido planejadas. Penso que, principalmente para aqueles que participaram da pesquisa, foi proporcionado um breve momento de análise sobre o processo, que acredito ainda ser necessário para a equipe como um todo.

A realização de avaliações sobre essas mudanças também se mostra como uma ação necessária de ser realizada. Sendo que é importante atentar para diversos fatores, tornando o processo avaliativo algo amplo, quanti e qualitativo, observando as duplas esferas, que incluem trabalhadores e usuários dos serviços. As mudanças em si sempre irão gerar movimentos esperados e inesperados, e as avaliações tornam-se indispensáveis para entender melhor este processo.

Como ouvi de uma colega de profissão: este trabalho não tem intenções de findar-se em si, mas de gerar reflexões ainda mais profundas naqueles que dele fizeram parte ou naqueles que o acessarem. A discussão teórica daquilo que vivenciamos nas nossas rotinas de trabalho muitas vezes é difícil de ser feita, pelo fato que sentimos na pele aquilo que buscamos provar academicamente. Dessa forma, considero necessário que as reflexões realizadas no artigo atinjam as ER do serviço, pois isso também é valorizar os trabalhadores e os serviços que os mesmos têm desempenhado até aqui.

Hoje, com a conclusão deste trabalho e em meio às precarizações da Política de Saúde como um todo, uso a fala de uma das participantes da pesquisa:

Eu acho que, na história do SUS e do Brasil, a gente teve muitas idas e vindas, muitos altos e baixos. Penso que a gente tinha chegado num ponto da atenção básica, uns dois anos atrás, que foi a melhor que a gente já teve, em termos de cobertura, em termos de direcionamento, de acesso à outras políticas. E agora a gente está vivendo um cenário onde se caminhou para trás. Mas mesmo assim, eu nunca esqueço de uma frase, pra gente ter esperança, que eu escutei de um médico de família quando eu era acadêmica: 'imagine aquele território sem o teu serviço de saúde. Talvez teu serviço não está dando muito; talvez tu está se sentindo pouco resolutivo, mas imagina se teu serviço não estivesse ali?' Então, eu acho que isso é uma coisa que tem que ter muito presente... que mesmo com poucos recursos, às vezes se utilizando muito da criatividade, porque eu acho que o trabalhador da saúde tem que ser muito criativo pra conseguir pensar em possibilidades. Acho que a gente faz diferença pra muita gente, muitas famílias, muitas pessoas. E é isso que me faz seguir!

Exige-se do trabalhador de saúde uma constante adaptação ao novo. E o novo pode ser positivo e negativo; pode aprimorar a Política de Saúde ou pode desmontá-la. Porém, o trabalhador continua sendo a peça fundamental para que toda a engrenagem do SUS funcione. E as mudanças dependem deles; dependem da relação com o trabalho que desempenham. Que a criatividade tenha espaço para brotar e gerar a mudança, mesmo em meio à concretude dos desmontes da Saúde Universal.

***Resumindo: ainda há esperança, apesar das dificuldades existentes,
a constituição de um movimento amplo de defesa do SUS
é uma possibilidade concreta.***

O SUS, todavia, existe!

Gastão Wagner de Sousa Campos (2018)

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 26 nov. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Réplica: O SUS, todavia, existe! *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1721-1722, 2018.

CAMPOS, Gastão W. S.; DOMINITTI, Ana C. APOIO MATRICIAL E EQUIPE DE REFERÊNCIA: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública*, 23(2):399-407, fev. 2007. p. 399-407.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. Análise De Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Inf. & Soc.:Est.*, João Pessoa, v.24, n.1, p. 1318, jan./abr. 2014.

FURTADO, Juarez Pereira; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; ODA, Wagner Yoshizaki; ONOKO-CAMPOS, Rosana. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(7):e00087917.

GUIZARDI, Francini Lube; LEMOS, Ana Silvia Pavani; MACHADO, Felipe Rangel de Souza; PASSERI, Leonardo. Apoio institucional na Atenção Básica: análise dos efeitos relatados. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28(4), e280421, 2018.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WÜNSCH, Dolores Sanches; REIDEL, Tatiana. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores(as) nas políticas sociais: contribuições para pensar a educação no/ do trabalho. In: FERNANDES, Rosa Maria Castilhos (org.). **Educação no/do trabalho no âmbito das políticas sociais**. 1a ed. Porto Alegre: UFRGS Editora, 2019. p. 159-177.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde Soc. São Paulo*, v.19, n.4, p.814-827, 2010.

OPAS, 2008. Organização Pan–Americana da Saúde Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan–Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007.

PEDUZZI M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1525-34.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html#topo>. Acesso em: 07 jan. 2020.

PINTO, Carlos Alberto Gama; COELHO, Ivan Batista. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de Atenção Básica. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires (org.). **Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. 2a ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 324.

PINTO, Carlos Alberto Gama. Diagnóstico Compartilhado no trabalho das Equipes de Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires (org.). **Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. 2a ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 210.

SANCHEZ RM, CICONELLI RM. Conceitos de acesso à saúde. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(3):260–8.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):1729-1736, 2018.

SEIXAS, Clarissa Terenzi; BADUY, Rossana Staevie; CRUZ, Kathleen Tereza da; BORTOLETTO, Maira Sayuri Sakay; SLOMP JUNIOR, Helvo; MERHY, Emerson Elias. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuáriosguia nos ensinam. Interface (Botucatu). 2019; 23:e170627. MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde Debate | Rio De Janeiro, V. 42, N. 116, P. 11-24, JAN-MAR 2018.

SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Orientações para organização do território em áreas, em equipes de referência e em lista de usuários e atividades das equipes de referência nas áreas do território. Porto Alegre, RS, 2017. Disponível através de solicitação para monitoramentoSSC@ghc.com.br.

SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva; MEDEIROS, Kátia Rejane de; GURGEL JÚNIOR, Garibaldi Dantas; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 19(4):1283-1293, 2014.

Identificação interna do documento 2YVDTW4W76-RLWLKLT2



Nome do arquivo: TCR_Final_Anna_Maria_551177202026.pdf

Data de vinculação ao processo: 06/02/2020 11:39

Autor: ANNA MARIA MALAQUIAS DE QUADROS (112408)

Processo: 1702912