



## ARTIGO ORIGINAL

**PRODUÇÃO DO CUIDADO PARA RESOLUBILIDADE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: SABERES E DILEMAS**  
PRODUCTION OF CARE FOR RESOLUBILITY OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY: KNOWLEDGE AND DILEMMAS

**PRODUÇÃO DO CUIDADO PARA RESOLUBILIDADE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: SABERES E DILEMAS**

*Monica Oliveira Rios, Maria Angela Alves do Nascimento*

**RESUMO**

**Objetivo:** analisar a Produção do Cuidado para resolubilidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Método:** estudo qualitativo, crítico-analítico, que utilizou como técnicas de produção de dados a entrevista semiestruturada e a observação sistemática em unidades de saúde da família. A técnica para análise dos dados foi a Análise de Conteúdo na modalidade Temática. **Resultados:** dentre os saberes, a Produção do Cuidado visa avaliar as necessidades dos indivíduos; Resolubilidade, resolver os problemas de saúde dos usuários; e Interdisciplinaridade, identifica-se com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Conclusão:** dentre os dilemas do cotidiano, estão falta de insumos e de trabalhadores de saúde, cotas limitadas de procedimentos e especialidades. **Descritores:** Produção do Cuidado; Estratégia de Saúde da Família; Resolubilidade.

**ABSTRACT**

**Objective:** to analyze the Production of Care for Resolubility of the Family Health Strategy (ESF). **Method:** this is a qualitative, critical analytical study that used the semi-structured interview and the systematic observation in family health units as data production techniques. The technique for data analysis was Content Analysis in the Thematic modality. **Results:** among the knowledge, Production of Care aims to assess the needs of individuals; Resolubility, solve the health problems of patients; and Interdisciplinarity is identified with the Family Health Support Unit. **Conclusion:** there is a shortage of inputs and health workers, limited quotas of procedures and specialties among the dilemmas of daily life. **Descriptors:** Care Production; Family Health Strategy; Solvability.

**RESUMEN**

**Objetivo:** analizar la Producción del Cuidado para resolubilidad de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). **Método:** estudio cualitativo, crítico analítico, que utilizó como técnicas de producción de datos la entrevista semi-estructurada y la observación sistemática en unidades de salud de la familia. La técnica para análisis de los datos fue el Análisis de Contenido en la modalidad Temática. **Resultados:** dentro de los saberes, Producción del Cuidado visa evaluar las necesidades de los individuos; Resolubilidad, resolver los problemas de salud de los usuarios; e Interdisciplinaridad se identifica con el Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia. **Conclusión:** dentro de los dilemas del cotidiano, están la falta de insumos y de trabajadores de salud, cuotas limitadas de procedimientos y especialidades. **Descriptor:** Producción del Cuidado; Estrategia de Salud de la Familia; Resolubilidad.

<sup>1</sup>Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Universidade do Estado da Bahia/UNEB. Feira de Santana (BA), Brasil. E-mail: [mony\\_fsa@yahoo.com.br](mailto:mony_fsa@yahoo.com.br); <sup>2</sup>Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS. Feira de Santana (BA), Brasil. E-mail: [angelauefs@yahoo.com.br](mailto:angelauefs@yahoo.com.br)

## INTRODUÇÃO

A Constituição Federal pela Lei 8080/90 consolidou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma conquista da população brasileira ao assegurar saúde como um direito de todos e um dever do Estado, a partir de VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, com uma atenção dirigida às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em uma articulação integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.<sup>1</sup>

Tal conquista foi historicamente se conformando nas últimas décadas, em particular nos anos 1980, com o movimento da Reforma Sanitária que focava em suas lutas a criação de um modelo de atenção à saúde baseado na vigilância à saúde, diante das críticas ao modelo biologicista hegemônico, tendo como alternativa prevenção às doenças e promoção à saúde orientadas por determinantes do processo saúde-doença.<sup>2</sup> Assim, o desafio estava centrado em desmembrar a prática procedimento - centrado em busca da produção do cuidado à saúde de forma integral, corresponsável e resolutiva.

Ao escolhermos como objeto de estudo produção do cuidado para resolubilidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sentimos a necessidade de delimitar tal entendimento, daí assumimos a concepção da Produção do Cuidado como o modo de fazer saúde a partir das tecnologias relacionais ou tecnologias leves e o trabalho vivo em ato, diante de um processo revolucionário que amplia o modo de produzir saúde nas subjetividades que se formam no mundo do trabalho e do cuidado.<sup>3</sup> As tecnologias leves são concebidas como as tecnologias das relações ou relações de produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão, em um trabalho vivo como expressão, dando significado ao trabalho em ato, no exato momento de sua atividade produtiva.<sup>4</sup>

Por conseguinte, temos a clareza que um dos maiores desafios da Produção do Cuidado para construção do SUS ampliado está no processo de negociação em cada espaço público, no qual há o encontro entre os três atores (usuários, trabalhadores e gestores), e pautado na centralidade do usuário.<sup>5</sup> Outrossim, é importante que trabalhadores e gestores apresentem significativo conhecimento político, teórico, técnico da Produção do Cuidado para que possam compreender as diversidades e gerir seus espaços com sabedoria e flexibilidade,

priorizando-se as demandas de acordo com a realidade.

Este estudo tem como relevância social a oportunidade de trazer conhecimentos sobre a Estratégia de Saúde da Família na Produção do Cuidado pela resolubilidade dos problemas de saúde e demandas sociais. Tais conhecimentos poderão subsidiar dirigentes/gestores, trabalhadores de saúde da equipe de saúde da família e usuários com a responsabilização pelas ações de gestão na Produção do Cuidado em acordo com as necessidades de saúde identificadas.

O objetivo desta pesquisa foi analisar a Produção do Cuidado para resolubilidade da Estratégia de Saúde da Família.

## MÉTODO

Estudo qualitativo, na vertente crítico-analítica, o que se configurou a modalidade mais apropriada para este estudo perante as relações estabelecidas entre os participantes da pesquisa, já que a questão da saúde relaciona uma complexa interação entre determinantes físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana.

Os campos de estudo foram as Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Feira de Santana - BA, tendo como critérios de inclusão as USF com equipes completas, ou seja, uma equipe mínima com um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um cirurgião dentista e quatro agentes comunitários de saúde; USF com sede própria e no mínimo com um ano de funcionamento; e USF que participaram do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)/UEFS para iniciar a pesquisa, selecionamos as unidades de saúde de família (USF), totalizando-se cinco unidades, três delas sediadas na zona urbana e duas na zona rural.

Dentre as técnicas de coleta de dados, utilizamos a entrevista semiestruturada e a observação sistemática. Os participantes deste estudo estão divididos em dois grupos:

O grupo I: trabalhadores de saúde da Estratégia de Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal, agente comunitário de saúde); O grupo II: usuários dos serviços de saúde da Estratégia de Saúde da Família.

Dentre os critérios de inclusão para delimitação dos participantes, destacamos: a) trabalhadores que tenham no mínimo 1 a 6 meses de experiência na unidade saúde da família estudada; b) usuários cadastrados nas

Rios MO, Nascimento MAA do et al.

USF e maiores de 18 anos, que frequentaram a unidade pesquisada, no mínimo, por duas vezes no último semestre.

Portanto, neste estudo, a partir de determinado número de participantes, as falas chegaram à exaustão pela sua repetitividade e assim foram delimitados 17 participantes, sendo Grupo I nove trabalhadores de saúde, respectivamente, identificados no texto com os números 1, 2, 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16, e do grupo II oito usuários representados pelos números 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 17, atendendo-se à ordem crescente de cada entrevista, mediante a disponibilidade naquele momento de cada participante do estudo. Os participantes do estudo são representados da seguinte forma: entrevistado 1, entende-se E 1 e assim sucessivamente.

O método foi a Análise de Conteúdo Temática para buscarmos o aprofundamento dos dados coletados a partir das entrevistas e observações. Em razão de este ser um estudo envolvendo seres humanos, esta pesquisa se baseia na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde<sup>6</sup>. Dessa forma, respeitamos os princípios éticos e morais com os participantes da pesquisa, apesar de compreendermos que toda pesquisa com seres humanos, além dos benefícios, também apresenta riscos. Esta produção contempla parte dos resultados da dissertação de mestrado com protocolo de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) CAAE 31669414.9.0000.0053, parecer consubstanciado nº 733.003 e data da relatoria 16 de junho de 2014.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Produção do Cuidado tem como desafio dar resolubilidade às necessidades dos usuários quanto às suas demandas de atenção à saúde para desenvolver suas ações. A Produção de Cuidados diz respeito ao cotidiano, ao lugar onde se dão os acontecimentos, manifestações, detalhes e situações, relativos à dimensão das minúcias que fazem parte da vida de todo dia e que se qualificam como determinantes de socialidade, que na nossa compreensão dependerá do Processo de Trabalho dos trabalhadores e gestores da saúde.<sup>7</sup>

Para os trabalhadores de saúde, demonstrado na fala de E2, a Produção do Cuidado visa avaliar as necessidades dos indivíduos para dar sua resolubilidade, ou seja, um objetivo para atingir um fim.

*Produção do cuidado é avaliar o paciente de acordo com sua necessidade, tentando resolver de acordo com as possibilidades,*

*Produção do cuidado para resolubilidade da estratégia...*

*senão a gente não puder resolver encaminhar, né [...] (E2, Grupo I).*

Os conceitos dos trabalhadores de saúde para a Produção do Cuidado têm enfoque na avaliação das necessidades dos usuários no sentido de trabalhar na perspectiva de prestar assistência à saúde. Entretanto, pensamos que o problema maior se encontra na forma ou maneira em que essa avaliação está sendo executada, a qualidade em se avaliar, coerentemente, os problemas de saúde de uma comunidade, individual e coletiva, associadas às características minuciosidade, sensibilidade e amplitude do olhar do avaliador em busca dessa resolubilidade.

Destarte, a qualidade dessa avaliação se encontra comprometida devido às dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores de saúde no serviço, onde configuram-se em romper com as raízes de produção de procedimentos e lidar com a divisão técnica e social do trabalho na equipe, buscando um trabalho mais democrático, participativo e de respeito às diferenças, estabelecendo vínculos e responsabilização, o qual tem se mantido muitas vezes escondido atrás do trabalho técnico ou tecnicismo.<sup>8</sup>

A resolubilidade nos serviços de saúde significa uma resposta às demandas de saúde de acordo com as necessidades individuais e coletivas, seja na “porta de entrada”, seja em outros níveis de atenção do sistema, de forma a garantir o acesso ao atendimento com acolhimento, vínculo e responsabilização visando uma Produção do Cuidado integral.<sup>9</sup> Neste sentido, entendemos que para dar respostas às necessidades de saúde dos usuários na ESF é preciso uma Produção do Cuidado pautada na integralidade com a finalidade de resolver o problema apresentado, em todas suas dimensões.

Outras falas dos trabalhadores de saúde traduzem a resolubilidade enquanto resolução dos problemas, em convergência com as falas dos usuários.

*Bom, que seja tudo resolvido na unidade né, o que a gente precisar da unidade servir pra gente né [...] (E4, Grupo II).*

*Para mim é resolver todos os problemas de saúde da minha família (E5, Grupo II).*

A partir deste entendimento sobre resolubilidade, vemos a criação de uma expectativa quanto à resolução de todos os problemas ou necessidades de saúde na rede de atenção à saúde. Para tanto, na ESF, a Produção do Cuidado deveria ser responsável pela resolubilidade das demandas de saúde da comunidade mediante sua representação como a porta de entrada do SUS, considerada a ‘preferencial’ na maioria das situações, uma

Rios MO, Nascimento MAA do et al.

possibilidade para resolver problemas de saúde da Atenção Básica.

Apresentamos algumas dificuldades referidas pelos usuários da ESF para resolver seus problemas de saúde, tais como marcação de consultas, medicações, vagas para exames, dentre outras.

*Nem todos, nem todos eles conseguem resolver [...] porque às vezes também faltam os materiais, por exemplo, não está tendo aqui o, a 'televisão' [sistema de marcação online] ali mesmo não está funcionando para fazer os atendimentos [...]* (E17, Grupo II).

No decorrer da nossa observação, presenciamos, naqueles momentos, que alguns usuários quando se dirigiam à farmácia da unidade em busca dos medicamentos prescritos pelo médico da própria unidade não tinham a resolubilidade do problema apresentado - acesso à medicação, seja por estar em falta, seja pela rede não ofertar o tipo de medicamento ou também a falta de materiais para realização de curativo em domicílio, além de equipamentos quebrados, como macas e cadeiras.

Também vimos que em uma das USF, naquele momento, o sistema digital, por problemas técnicos, impossibilitava o funcionamento dos equipamentos eletrônicos, o que limitava o agendamento de guias e consultas na unidade, e, conseqüentemente, retardava o atendimento médico e de enfermagem, visto que os trabalhadores de saúde não tinham acesso ao prontuário eletrônico.

Um paradoxo, uma vez que entendemos que o trabalhador, por um lado, deve se preocupar em desenvolver atividades de ação integral para dar resolubilidade às demandas da comunidade ou necessidades da demanda reprimida, porém as unidades não dispõem de recursos imprescindíveis para tanto.<sup>10</sup>

Contudo, diante dessa situação, percebemos, ainda, que os trabalhadores de saúde da ESF se esforçam na tentativa de resolver o problema do usuário, no entanto, muitas vezes, deparam-se com tais limites/dificuldades nas USF, o que os impedem de atuarem para dar resolubilidade às demandas. Entretanto, acreditamos que tais trabalhadores ao agirem dessa forma, talvez, seja devido à necessidade de uma prática de saúde humanizada ou até mesmo para que a equipe de saúde da família não perca a sua credibilidade na comunidade devido ao compromisso e ao vínculo.

Concretamente, observamos que falta de insumos, de forma geral, pode afetar a Produção do Cuidado, o que leva à

Produção do cuidado para resolubilidade da estratégia...

fragilização das relações interpessoais trabalhador de saúde - usuários (tecnologias leves) imbricadas no serviço. Outros limites no sistema que interferem na resolubilidade da Produção do Cuidado na ESF, a exemplo do quantitativo insuficiente de trabalhadores, o que interferiu no serviço, ocasionando também uma sobrecarga de trabalho.

A fala de a usuária a seguir reforça essa situação ao contextualizar a resolubilidade com limitada efetividade devido à falta de trabalhadores de saúde no serviço, o que leva à desarticulação do mesmo com a central de regulação e marcação de exames.

*[...] mas se você vai e não tem o médico, ou não tem uma enfermeira que possa lhe indicar, e lhe passar um exame ou o exame vai para a Secretaria, fica lá o tempo todo depois volta novamente, e você não consegue nem fazer exame e não consegue resolver nada* (E3, Grupo II).

Essa foi uma situação experienciada por nós, pois tivemos a oportunidade de observar os usuários na recepção da unidade em busca de informações quanto às guias de procedimentos ou especialidades entregues há mais de dois meses (SIC) para agendamento na Central de Marcação, porém elas ainda não haviam sido entregues aos usuários.

Notamos a ausência de alguns trabalhadores de saúde nas USF estudada talvez devido ao não cumprimento da agenda ou horários ou a não contratação, o que limita o acesso dos usuários nas unidades em busca da resolubilidade dos seus problemas de saúde. Outrossim, vimos que há também os problemas relacionados à organização na rede, haja vista a significativa perda de guias de especialidades e procedimentos encaminhados à Central de Regulação para agendamento.

Os usuários reforçam as dificuldades na ESF quanto a essa desorganização do sistema ou rede de saúde sobre o agendamento de guias, representadas na fala do E7.

*[...] como eu já tô dizendo, a central que a gente não consegue o atendimento mandando as guias pra lá, e quando manda às vezes, não sei se é culpa do posto ou se é da central de regulamento, que não devolve pra gente essas guias, por exemplo, eu tenho guia lá com mais de seis meses, que nunca veio [...]* (E7, Grupo II)

Observamos que alguns usuários ao chegarem à recepção da unidade, solicitando informações, sobre as suas guias entregues na unidade para agendamento na central de marcação, a resposta na recepção era sempre a mesma que "as guias não tinham retornado com o respectivo agendamento". Identificamos solicitações de consultas e

Rios MO, Nascimento MAA do et al.

exames com mais de 30 dias sem qualquer resposta. Os usuários ao questionarem quanto ao destino das guias eram informados que se encontravam na Central de Marcação, sem detalhes do andamento do agendamento ou se de fato a guia estava lá ou perdeu-se no fluxo de agendamento, exemplo, quando as guias são desviadas para outras USF.

Concordamos que os entraves relacionados à organização do fluxo de agendamento das guias por cotas ampliam mais ainda a demanda reprimida, visto a perda, muitas vezes, de vagas por desvio da guia agendada para o local errado ou pela desinformação da equipe de saúde da família ou dos profissionais da recepção, não por culpa dos mesmos, mas pela desarticulação da própria rede ou fluxo de marcação.

As longas esperas por atendimento, informação ou consulta retratam a situação, à qual os usuários se subordinam, enquanto demanda reprimida, para receber atenção, realidade essa que reduz a credibilidade da equipe de saúde, limita a continuidade da Produção do Cuidado e sobrecarrega os serviços de média e alta complexidade.<sup>11</sup>

Observamos que, de fato, as cotas e vagas para agendamento não correspondem às necessidades dos usuários, gerando uma demanda reprimida. Os agendamentos eram marcados em um único dia, com aviso anexado na unidade com cartazes e informações dos Agentes Comunitários de Saúde. Muitos usuários procuravam a recepção fora do dia de agendamento, na tentativa de conseguir agendá-la, porém sem êxito.

Apesar do deficit nas cotas para agendamento de procedimentos e especialidades, ainda assim, a população só acredita no modelo que fortalece a medicalização da saúde, com foco no atendimento especializado ambulatorial. Neste sentido, os usuários sofrem cada vez mais por acreditarem na necessidade daqueles atendimentos e não terem acesso aos serviços e/ou às práticas de saúde, por falta de vaga, ou conseguirem o agendamento sem necessitar do mesmo, ou o que comumente acontece quando o usuário necessita do agendamento. Porém dificilmente encontra o serviço que atende naquele momento o seu problema de saúde, fragilizando mais uma vez a resolubilidade na ESF.

A Atenção Básica torna-se assim excludente e sem garantias de atendimento aos usuários da demanda reprimida, que são obrigados a chegarem cada vez mais cedo, formando grandes filas durante a madrugada, na tentativa de marcar o atendimento do serviço desejado.<sup>10</sup>

Produção do cuidado para resolubilidade da estratégia...

Consequentemente, o quantitativo das cotas para os procedimentos e especialidades dos serviços de saúde poderá gerar conflitos na ESF para os trabalhadores de saúde, assim como para os usuários, explicitados nas falas a seguir.

*[...] no momento não, o que a gente vê é pontual, agora é como eu te falei às vezes o único conflito é esse aí a demanda da marcação das guias só que eu acho o pior é esse aí, né, o conflito maior é esse (E2, Grupo I).*

*[...] mas através das pessoas que vêm muitas vezes quer ser atendido, quer por exemplo é uma cota eles querem que a pessoa marque o exame sem está marcando sem tem ter na cota, aí o conflito é através disso aí (E17, Grupo II).*

Compreendemos que os problemas de marcação e da falta de vagas/cotas para guias de procedimentos/especialidades e os conflitos ocorridos na ESF tornam-se vulneráveis e frágeis. Tal situação poderá contribuir com a desestruturação da estratégia, limitando a resolubilidade por conta dos conflitos experienciados no cotidiano, o que deve agravar mais ainda o fato da população supervalorizar a medicalização na saúde ao buscar, cada vez mais, por atendimentos especializados, por vezes, nem sempre necessários.

A partir deste olhar um imaginário foi formado nos serviços de saúde entre trabalhadores e usuários, ao fazer uma ilusória associação entre qualidade na assistência e insumos exames, medicamentos e consultas especializadas. De um lado, os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) convivem com uma grande pressão de demanda por estes recursos assistenciais, à qual não se consegue responder, gerando muitas vezes longas filas de espera para alguns procedimentos.<sup>12</sup>

No Brasil, as ações de pronto atendimento ainda são uma realidade na Atenção Básica à saúde, aquela baseada na queixa-conduta, e não na atenção integral ao indivíduo, muito menos nas ações em defesa da vida.<sup>13</sup> Assim, cabe repensarmos a prática de saúde vigente não resolutiva, visto a possibilidade da agregação de alternativas que valorizem a promoção e prevenção como uma das prioridades da Produção do Cuidado na ESF com o desenvolvimento da prática com uma Educação Permanente em Saúde (EPS), o que consequentemente poderia levar à autonomia intrínseca da equipe para dar resolubilidade aos problemas de saúde.

Diferente das falas anteriores, o E13 (trabalhador de saúde) possui a seguinte compreensão quanto à autonomia da equipe

Rios MO, Nascimento MAA do et al.

Produção do cuidado para resolubilidade da estratégia...

de saúde da família para resolubilidade dos problemas de saúde:

*Autonomia não porque existe uma hierarquia, então a gente infelizmente depende né, se existe uma hierarquia a gente tem que levar o problema, ou seja, até a secretaria de saúde, pra resolver os problemas do paciente (E13, grupo I).*

Esta fala deixa implícita, mesmo com certa fragilidade, uma autonomia 'parcial' da equipe de saúde na resolubilidade dos problemas de saúde dos usuários. A 'autonomia parcial' depende da Secretaria de Saúde (Gestão) para proporcionar solidez à Produção do Cuidado e continuidade ao processo. Para tanto, questionamos que a autonomia política das equipes da ESF está aquém do desejado, visto que ainda há a supervalorização do tecnicismo e o distanciamento da reflexão sobre o pensar e o fazer em saúde.

O fato também de o usuário não ter autonomia para resolver os problemas na rede, os encaminhando a outras instâncias, são necessários relatórios médicos para tal, que, de fato, leva-nos a questionarmos o quanto os trabalhadores de saúde acreditam ser detentores do saber na Produção do Cuidado, cabendo apenas a ele autonomia e poder de decisão quanto ao caminho a ser trilhado para a resolubilidade das demandas de saúde dos usuários.

Em contrapartida, os usuários ao apresentarem 'autonomia' de uma decisão sobre qual a melhor opção do tratamento ou o que desejam orientados por suas escolhas pessoais e influência de aspectos socioculturais entram como possibilidade de ampliação da percepção social da utilidade e do valor das organizações de serviços médicos.<sup>14</sup> Outrossim, acreditamos que é importante se valorizar também o usuário como protagonista do saber e de sua autonomia enquanto poder de resolubilidade para seus problemas de saúde, o que certamente traria mudanças e um outro olhar quanto à interdisciplinaridade e multidisciplinaridade na saúde.

A interdisciplinaridade enquanto apoio para a resolubilidade está implicitamente colocada na fala dos trabalhadores de saúde, a exemplo de E2, ao afirmar haver interdisciplinaridade nas atividades desenvolvidas na ESF, com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dentre outros. Entretanto, questionamos: será que, concretamente, há uma interação entre a diversidade dos saberes e práticas dos sujeitos, ou seja, o intercâmbio na produção do conhecimento ou apenas a atuação conjunta de várias categorias profissionais?

*A gente entra em parceria com os outros profissionais, o NASF, que é o núcleo de apoio à saúde da família que tem psicólogo, fisioterapeuta, é assistente social, educador físico, tem o CRAS [...] estudantes, também da FTC [...] entra em contato com a escola, programa saúde na escola, então várias coisas, o SESI, quando tem feira de saúde a gente entra em contato com outros setores, bombeiros etc. (E2, Grupo I).*

Tivemos oportunidade de observar a presença de profissionais do NASF na ESF organizando grupos/oficinas de bordado, porém não vimos um trabalho de interação, a parceria da equipe de saúde da família na construção da atividade com troca de saberes e práticas a partir das necessidades de saúde coletivas dos usuários da ESF. Naquele momento, de fato, não houve envolvimento dos saberes múltiplos, das especialidades, para Produção do Cuidado na ESF, ou seja, a interdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa<sup>15</sup>. Independentemente da temática abordada, as discussões atualmente têm visado colocar em questão o que pode caracterizar, de fato e de direito, a Saúde Coletiva como campo multidisciplinar em termos de discursos (saberes disciplinares) e de práticas (formas de intervenção). Assim, essa multidisciplinaridade não deve limitar-se apenas à oferta de múltiplas atividades, e sim proporcionar a troca de saberes e práticas em atendimento às necessidades múltiplas e interdisciplinares.<sup>16</sup>

Destarte, apreendemos que a multidisciplinaridade também se constitui instrumento de apoio para o trabalhador de saúde ao estabelecer uma relação diferenciada com os usuários, sendo esta acolhedora e com aspectos ligados ao vínculo, compromisso, responsabilização pela saúde e autonomia, proporcionando o reconhecimento dos usuários quanto à importância dessa relação.<sup>17</sup> Por esse motivo, compreendemos que as tecnologias leves deverão gerar satisfação durante a Produção do Cuidado em busca da resolubilidade. Assim, temos clareza que os atendimentos baseados na escuta do usuário e no desempenho profissional respeitoso, acolhedor, resolutivo e com competência deverão propiciar o vínculo usuário-serviço de saúde, pois esse vínculo deve aperfeiçoar a Produção do Cuidado na ESF, permitindo que os trabalhadores de saúde conheçam seus usuários e as prioridades de cada um, facilitando-lhes o acesso às práticas e serviços de saúde.

Rios MO, Nascimento MAA do et al.

Os avanços da ESF referidos pelos trabalhadores de saúde explícitos na fala de E15 estão relacionados ao vínculo da equipe de saúde da família com a comunidade.

*[...] na verdade um avanço que eu tive foi por mérito próprio, vínculos com pacientes, vínculos com a equipe, programas que a gente consegue colocar pra frente e tem resultado, [...]* (E15, Grupo I).

Porém, os usuários E3 e E5 pensam divergentemente dos trabalhadores de saúde sobre o vínculo entre usuários e trabalhadores de saúde na ESF. Para os usuários não existe esse vínculo devido à alta rotatividade dos trabalhadores de saúde nas unidades de saúde da família ou até mesmo pela falta de relação interpessoal entre eles. De fato, tivemos oportunidade de ver que alguns trabalhadores de saúde da ESF haviam sido remanejados ou substituídos recentemente por outros trabalhadores, sem motivos aparentes ou justificativas. Outrossim, naquele momento, muitos usuários expressaram o desejo de realizar mobilização em prol da reivindicação de determinado trabalhador pelo vínculo já criado.

Todavia, compreendemos que essa rotatividade de trabalhadores pode estar atrelada aos frágeis vínculos empregatícios, condições inadequadas de trabalho, visto questões de estrutura e escassez de equipamentos para atuação, baixa remuneração e, até mesmo, casos de assédios morais relatados.

Tais questões constituem um problema da organização da gestão dos serviços de saúde no âmbito do SUS que precisa ser equacionado diante dos desafios, desde as precárias formas de seleção e contratação dos trabalhadores, como os baixos salários, que, consequentemente, podem interferir na satisfação ou na desmotivação das equipes; a iniquidade distributiva da força de trabalho; e o baixo desempenho do trabalhador.<sup>18</sup>

Ainda assim, mesmo em condições inadequadas de trabalho e carga horária incompleta de atuação, a permanência de profissionais médicos nas USF pesquisadas permitiu apresentação nas falas de alguns usuários um tom de medicalização da saúde, ou seja, a valorização da atuação do profissional médico pelas prescrições e atendimento às normas e condutas biologicistas ou biomédicas.

A medicalização da saúde ou social tem ligação com amplas transformações socioculturais, políticas e científicas relacionadas à incorporação de normas de conduta de origem biomédica. Como vemos, está, assim, associada às formas legitimadas,

Produção do cuidado para resolubilidade da estratégia...

oficializadas e profissionalizadas de cuidado e tratamento na modernidade, lideradas pela biomedicina.<sup>19</sup> Quanto mais se valoriza as condutas médicas, mais se necessita delas, mais teremos escassez de mão de obra e, consequentemente, mais teremos rotatividade e falta dos trabalhadores de saúde.

A fala de E4 reforça como dificuldade a pouca permanência e atuação do profissional médico na ESF.

*[...] que o médico vem uma vez na semana, por exemplo, tem que marcar na segunda pro médico atender na sexta, e marcar na sexta pro médico atender na segunda, aí é difícil, é isso [...]* (E4, Grupo II).

Presenciamos entre as cinco USF pesquisadas que em quatro delas o(a) médico(a) não cumpria as 40 horas exigidas do seu contrato de trabalho, uma realidade contratual no município estudado. Destacamos, inclusive, que, em duas delas, os médicos atendiam apenas duas vezes por semana; os demais médicos, apesar de atuarem durante toda semana, dispunham de carga horária diária reduzida, saindo da unidade logo após a finalização dos atendimentos, previamente, agendados e algumas urgências.

Uma realidade que mostra a valorização da mão de obra médica, sua escassez no mercado de trabalho na Atenção Básica e práticas em saúde focadas na medicalização, contribuindo para os usuários buscarem a medicalização por acreditar ser a única saída para resolução de seu problema. Porém, compreendemos que a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na Atenção Básica, onde o cuidado deve ser multiprofissional, e não apenas médico, operando com diretrizes, como acolhimento e vinculação aos usuários, e responsabilização da equipe pelo seu cuidado.<sup>12</sup>

Dessa forma, a proximidade e a capacidade de acolhimento, a vinculação, a responsabilização e a resolubilidade são essenciais para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada inicial dos usuários da rede de saúde pública.

Outrossim, para os trabalhadores de saúde, como na fala do E12, a resolubilidade é concebida enquanto responsabilizar também os próprios usuários e a equipe multidisciplinar pelos problemas de saúde da população adscrita na área da ESF.

*[...] a questão da responsabilização como já falei, também em relação aos integrantes da equipe multidisciplinar como também responsabilizar o próprio paciente, como ele sendo construtor né, da própria saúde dele [...]* (E12, Grupo I).

Rios MO, Nascimento MAA do et al.

A responsabilização ou corresponsabilização pelos problemas de saúde, tanto pelos usuários quanto pela equipe multidisciplinar do NASF, referidos pelos trabalhadores de saúde, retrata a importância do envolvimento desses atores na Produção do Cuidado, em busca da sua autonomia para resolubilidade dos problemas de saúde, não somente limitando esse processo à equipe de saúde da família.

O compartilhamento das responsabilidades e o delineamento do caminho a ser percorrido nas redes de atenção à saúde, para resolubilidade das demandas, devem fazer parte do ciclo com a interdisciplinaridade e, principalmente, as crenças e as questões sociais que deverão permear as bases do cuidado, tendo em vista a satisfação da comunidade.

## CONCLUSÃO

A Produção do Cuidado na ESF em suas práticas cotidianas, perante as vivências e dilemas dos trabalhadores de saúde da rede pública de saúde, ainda se encontra com muitos desafios a serem vencidos para o alcance da resolubilidade dos problemas de saúde.

A Produção do Cuidado em Saúde na Atenção Básica precisa ter prioridade na condução da resolubilidade nas necessidades de saúde dos usuários da ESF. Dentre os dilemas do cotidiano, destacamos o vínculo relacional fragilizado pela rotatividade de trabalhadores, assim como a autonomia relativa da equipe, e a passividade dos usuários; a falta de materiais, de medicamentos, de trabalhadores de saúde e de vagas para agendamento de exames; e a desorganização do sistema de agendamento das guias, gerando conflitos na ESF.

Não podemos deixar de destacar como avanços a relevância dos esforços, muitas vezes desprendidos, tanto pelos trabalhadores como pelos usuários, em vias alternativas com tentativas para alcançar a sonhada resolubilidade dos problemas de saúde; e a multidisciplinaridade nas atividades do NASF e outras instituições como apoio para resolubilidade. Tais esforços são importantes para o processo de trabalho da Produção do Cuidado multidisciplinar e responsável pelas ações de saúde, a partir de um trabalho em equipe, para a efetividade da resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários da Estratégia de Saúde da Família.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as

Produção do cuidado para resolubilidade da estratégia...

condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet], Brasília (DF). 20 set. 1990 [cited 2016 July 9]. Seção 1:18055. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)

2. Assis MMA, Nascimento MAA, Lima WCMB, Oliveira SS, Franco TB, Jorge MSB, et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB, editors. Produção do cuidado no Programa de Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA; 2010. p. 13-38.

3. Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, editors. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2005. p. 181-93.

4. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, editors. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.

5. Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, editors. O trabalho em saúde: olhando e experienciando os SUS no cotidiano. 3rd ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 15-35.

6. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [Internet], Brasília (DF). 13 jul. 2013 [cited 2016 July 9]. Seção 1:59. Available from:

[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)

7. Martines WRV, Machado AL. Produção de cuidado e subjetividade. Rev bras enferm [Internet]. 2010 [cited 2016 July 9];63(2):328-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/25.pdf>

8. Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Interface comun saúde educ [Internet]. 2005 [cited 2016 July 9];9(16):9-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a02.pdf>

Rios MO, Nascimento MAA do et al.

9. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família de Alagoinhas, BA. *Cienc saúde coletiva* [Internet]. 2006 [cited 2016 July 9];11(1):53-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29448.pdf>
10. Almeida MVG, Assis MMA, Jesus WLA, Cerqueira EM, Pereira MJB. Acesso na atenção à Saúde da Família em dois cenários do Nordeste do Brasil: fluxos organizativos e modelo. In: Assis MMA, Almeida MVG, editors. *Acesso aos serviços e tecnologias no Sistema Único de Saúde: abordagens teóricas e práticas*. Feira de Santana: UEFS; 2014. p.111-48.
11. Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade da Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Cienc saúde coletiva* [Internet]. 2010 [cited 2016 July 9];4(15):2145-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a28v15n4.pdf>
12. Franco TB, Magalhães HMJ. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, editors. *O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2nd ed. São Paulo: Hucitec; 2004. p.125-34.
13. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2003 [cited 2016 July 9];19(1):27-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>
14. Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias de acesso e descentralização na análise dos sistemas de saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2000 [cited 2016 July 9];16(1):231-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1582.pdf>
15. Japiassu H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
16. Luz MT. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde Soc* [Internet]. 2009 [cited 2016 July 9];18(2):304-11. Available from:

Produção do cuidado para resolubilidade da estratégia...

- <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>
17. Ferri SMN, Pereira MJB, Mishima SM, Caccia-Bava MCG, Almeida MCP. Soft technologies as generating satisfaction in users of a family health unit. *Interface comun saúde educ* [Internet]. 2007 [cited 2016 July 9];11(23):515-29. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/en\\_a09v1123.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/en_a09v1123.pdf)
18. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Batista RS, Pinheiro TMM, et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 [cited 2016 July 9];26(5):918-28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/14.pdf>
19. Tesser CD, Barros NF. Social medicalization and alternative and complementary medicine: the pluralization of health services in the Brazilian unified health system. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2016 July 9];42(5):914-20. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/en\\_7115.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/en_7115.pdf)

Submissão: 02/11/2016

Aceito: 26/08/2017

Publicado: 15/09/2017

#### Correspondência

Monica Oliveira Rios  
Avenida universitária, s/n  
Bairro Ipanema  
CEP: 46430-000 – Guanambi (BA), Brasil