UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI- URCA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA-MPSF
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA-RENASF

Mykaelly Pereira Clemente

GESTÃO PARTICIPATIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
Pesquisa-ação para reorientação da demanda espontânea

Crato
2019

Mykaelly Pereira Clemente

GESTÃO PARTICIPATIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: Pesquisa-ação para reorientação da demanda espontânea

Dissertação apresentada à banca examinadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Regional do Cariri.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Germane Alves Pinto.

Coorientadora: Profa. Dra. Alissan Karine Lima Martins.

Área de concentração: Saúde da Família.

Linha de pesquisa 2: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

Crato
2019

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade Regional do Cariri – URCA
Bibliotecária: Ana Paula Saraiva CRB: 3/1000

Clemente, Mykaelly Pereira.
C626g Gestão participativa na estratégia saúde da família: pesquisa-ação para reorientação da demanda espontânea/ Mykaelly Pereira Clemente. – Crato-CE, 2019.
131p.; il.

Dissertação apresentada à coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) da Universidade Regional do Cariri – URCA; Área de Concentração: Saúde da Família; Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde
Orientador: Prof. Dr. Antônio Germane Alves Pinto.
Coorientadora: Profa. Dra. Alissan Karine Lima Martins.

1. Demanda espontânea, 2. Cogestão, 3. Estratégia saúde da família; I. Título.

CDD: 618.24

Mykaelly Pereira Clemente

GESTÃO PARTICIPATIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
Pesquisa-ação para reorientação da demanda espontânea

Dissertação apresentada à banca examinadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Regional do Cariri.

BANCA EXAMINADORA

_____
Prof. Dr. Antônio Germane Alves Pinto
Universidade Regional do Cariri
Orientador

_____
Profa. Dra. Alissan Karine Lima Martins
Universidade Regional do Cariri
Coorientadora

_____
Milena Silva Costa
Universidade Federal do Cariri
1º Membro

_____
Profa. Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado.
Universidade Regional do Cariri
2 º Membro

_____
Profa. Dra. Evanira Rodrigues Maia
Universidade Regional do Cariri
Membro Suplente

Aprovado em _____ de _____ de 2019
Crato

A minha filha Marina que enfrentou essa jornada comigo ainda tão pequenininha.
Filha, obrigada por me encorajar nesse processo e me perdoe pela agitação que foi os seus dois primeiros anos de vida.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao Pai Celestial,

Condutor dos meus passos e intermediador de minhas conquistas.

A meu esposo Robson

Pela paciência e encorajamento! Foram muitas noites em que não pudemos ficar juntos e muitas renuncias nesses 2 anos. Obrigada pela parceria de sempre. Amo você!

Aos meus pais

Hélio e Valdeiza, meus maiores mestres nessa escola da vida.
Painho, Mainha foi com vocês que aprendi grandes lições, aquelas mais preciosas que não estão escritas ou desenhadas em nenhum livro.
Obrigada por estarem presente em todos os momentos de minha vida, me apoiando, incentivando, aconselhando e me impulsionando a buscar e abrir novos horizontes.
O que seria de minha vida sem vocês?

As minhas irmãs

Danielly, Letícia e Sofia, obrigada pelo companheirismo, incentivo e apoio!

Aos meus familiares

Que foram babá, motoristas, conselheiros e suporte fundamental para que eu pudesse chegar até aqui.

A Reginaldo, meu padrasto

Que com sua formação e experiência em filosofia me auxiliou no entendimento das teorias de Pierre Bourdieu utilizadas nessa dissertação.

A meu orientador Germane

Pela amizade, tolerância, confiança, disponibilidade e competência na orientação dessa pesquisa.

A professora Alissan

Obrigada pela colaboração! Gratidão pelo seu profissionalismo no processo de aperfeiçoamento desta dissertação.

A professora Fátima Antero e a professora Milena

Obrigada por aceitarem prontamente compor minha banca examinadora. Suas sugestões e críticas foram de grande importância para o aprimoramento desse estudo.

Aos meus colegas

Por toda ajuda e incentivo!
Estamos chegando ao fim dessa jornada, como é bom olhar para traz e sabermos que foi aqui que edificamos boas amizades.

AGRADECIMENTOS

Á Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF pela excelência no mestrado.

A Universidade Regional do Cariri – URCA, meu berço acadêmico, que desde a graduação contribuiu para minha formação profissional. Foi uma alegria inestimada retornar a essa instituição para me qualificar em um curso de mestrado.

Ao Comitê de Ética e Pesquisa da URCA pela eficiência e agilidade em analisar meu projeto.

Ás secretárias Manu e Cidinha por toda colaboração, carinho e competência.

A todos os professores e colaboradores do mestrado pelos ensinamentos e compartilhamento de experiências profissionais.

Ao munícipio de Petrolina-PE nas pessoas de Lorena e Carol por todo o auxilio e colaboração.

Aos profissionais da Unidade Básica de Saúde do km 25 que se disponibilizaram em participar desta pesquisa.

Aos representantes de bairro e lideranças locais do km 25 que também participaram deste estudo.

Aos colegas: Amanda, Ticiano e Leylane Varela que tanto me auxiliaram, compartilhando conhecimentos e materiais didáticos fundamentais na construção deste trabalho.

Agradeço ainda a **todos** aqueles que direto ou indiretamente contribuíram para a elucidação desta pesquisa.

“Creio que nada de grande no mundo se conseguiu sem uma grande fé, sem uma enorme confiança de que as coisas podem dar certo e que o sentido do universo e da vida não é um absurdo, mas uma irradiação grandiosa de luz e sentido”.
(Leonardo Boff)

RESUMO

O processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) contempla o desenvolvimento de ações multidisciplinares, com planejamentos realizados a partir das necessidades específicas da população. Para isso, preconiza os atendimentos por meio de agendamento de consultas aos grupos de maior risco e vulnerabilidade, mantendo a assistência a demanda espontânea e aos casos que necessitam de atendimento de urgência. Essa necessidade de organizar o atendimento por meio de consultas programadas sem negligenciar a busca espontânea pelo serviço de saúde tem sido um dos grandes desafios do processo de trabalho da ESF. Diante do exposto, esta pesquisa objetivou construir um plano de ação de corresponsabilização entre gestores, profissionais e usuários para a reorientação da demanda espontânea em uma unidade rural do município de Petrolina-PE. Trata-se de um estudo intervencionista do tipo pesquisa-ação com abordagem qualitativa realizada no período de janeiro a setembro de 2019. Participaram do estudo 11 sujeitos, sendo três representantes da gestão municipal de saúde, quatro profissionais de saúde e quatro líderes comunitários locais. O cenário foi a Unidade Básica de Saúde (UBS) do Projeto Maria Tereza (km25) localizada no município de Petrolina-PE. A pesquisa foi estruturada em duas etapas: uma exploratória e outra de intervenção. A primeira consistiu na análise do perfil dos usuários que buscam atendimento de maneira espontânea através de dados coletados nos relatórios do e-SUS e no livro de registro da demanda da unidade; além da realização de uma entrevista semiestrutura a fim de verificar o conhecimento dos sujeitos sobre a ESF, seu processo de trabalho e gestão participativa. A fase de intervenção contemplou a apresentação dos dados da fase exploratória, discussão e elaboração do plano de ação. O estudo seguiu os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA) sob Nº 3.203.082. Constatou-se que a equipe de ESF do estudo atende a uma população quatro vezes maior do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, o que agrava a problemática, 45,8% da busca pelo serviço ocorrem de maneira espontânea principalmente entre usuários do sexo feminino e na faixa etária de 20 a 34 anos, sendo as principais queixas referidas as afecções do aparelho digestivo e respiratório. Parte desses usuários não consegue atendimento em detrimento do grande numero de pessoas em tratamento continuado. Observou-se que além do numero insuficiente de equipes para atender a população, a problemática da demanda está associada ao desconhecimento da proposta de trabalho da ESF e é culturalmente influenciada pelas práticas do modelo biomédico. Por ser um problema complexo e macro estrutural foi necessário realizar uma reunião de cogestão para discutir e analisar a situação, o que resultou na elaboração de estratégias de intervenção e de corresponsabilização entre os sujeitos. O plano de ação foi elaborado de maneira democrática com elaboração de metas coletivas seguindo as diretrizes do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Destaca-se, porém, que o maior produto dessa pesquisa foi o envolvimento e cooperação entre os representantes da gestão, dos profissionais e dos usuários para discutir o processo de trabalho na ESF.

Palavras chaves: Demanda espontânea, Cogestão, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The work process of the Family Health Strategy (FHS) contemplates the development of multidisciplinary actions, with planning carried out based on the specific needs of the population. Advocates priotitize patients by scheduling appointments for groups of higher risk and vulnerable, maintaining assistance for spontaneous demand and cases that require urgent care. This need to organize care through scheduled consultations without neglecting the spontaneous search for health services has been one of the major challenges of the FHS work process. Given the above, this research aimed to build a co-responsibility action plan between managers, professionals and users for the reorientation of spontaneous demand in a rural unit in the city of Petrolina-PE. This is an action research type interventionist study with a qualitative approach conducted from January to September 2019. The study included 11 subjects, three representatives of municipal health management, four health professionals and four local community leaders. The study took place in the Basic Health Unit (UBS) of the Maria Tereza Project (km25) located in the municipality of Petrolina-PE. The research was conducted in 2 phases: the first exploratory and the second interventionist. The first phase consisted of analysis of the profile of users that search for spontaneous demand service through information couected in i-HUS systems and in the record book of the demand of the health unit, and through ar interview partially structured to verify the knowledge of the subjects about the FHS, the work process and coordination. The intervention phases contemplates the presentation of information the exploratory phase, discusses and elaborates the action plan. The study followed the ethical precepts of research involving human beings, according to the opinion of the Research Ethics Committee of the Regional University of Cariri (RUCA) under No. 3,203,082. It was found that the study FHS team serves a population four times larger than recommended by the Ministry of Health, what aggravates the problem. Is that 45.8% of the search for medical service mainly occurs spontaneously among female users and betweenin the age group of 20 and 34 years of age, with the main complaints referred to as disorders in the digestive and respiratory systems. Some of these users cannot attend to the detriment of the large number of people in continuous treatment. In addition to the insufficient number of teams to serve the population, the problem of demand is associated with lack of knowledge about the work proposal of the FHS and is culturally influenced by the practices of the biomedical model. Because it is a complex and macrostructural problem it was necessary to hold a co-management meeting to discuss and analyze the situation, which resulted in the elaboration of intervention strategies and co-responsibility among the subjects. The action plan was devised in a democratic manner with the elaboration of collective goals following the guidelines of the Situational Strategic Planning (SSP). However, it is noteworthy that the major product of this research was the involvement and cooperation between management representatives, professionals and users to discuss the work process in the FHS.

Keywords: Spontaneous demand, Co-management, Family Health Strategy

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AB	Atenção Básica
APS	Atenção primária a Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIAP	Classificação Internacional de Atenção Primária
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS/MS	Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde
CODEVASF	Companhia de Desenvolvimento dos Vales do São Francisco e Parnaíba
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DeCS	Descritor em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAD1	Instrumento de Análise de Discurso 1
IAD2	Instrumento de Análise de Discurso 2
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Ideia Central
IMIP	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
MPSF	Mestrado Profissional em Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
ParticipaSUS	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PET-Saúde	Programa de Educação Tutorial em Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Assistência a Saúde
RENASF	Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIVASF	Universidade do Vale do São Francisco
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPE	Universidade de Pernambuco
URCA	Universidade Regional do Cariri

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Interação entre Campo e *Habitus* na conformação do espaço social	28
FIGURA 2	Elementos que interferem na constituição de um modelo assistencial a partir das formulações de Campos, Paim e Pires	30
FIGURA 3	Localização geográfica de Petrolina e imagem aérea da cidade	46
FIGURA 4	Vista aérea do Projeto Maria Tereza (km25) e foto da unidade de saúde	48
FIGURA 5	Proporção da extensão territorial da vila em relação a projeto e distância da ultima micro área para o centro da cidade	48
FIGURA 6	Fases da pesquisa-ação	52
FIGURA 7	Identificação das expressões-chave no IAD1	59
FIGURA 8	Identificação das Ideias Centrais e das Ancoragens	59
FIGURA 9	Agrupamento de ideias de sentido equivalente	60
FIGURA 10	Construção do Discurso do Sujeito Coletivo	60
FIGURA 11	Fluxograma do itinerário do usuário dentro da unidade de saúde do km 25	62
FIGURA 12	Fotos da dinâmica de apresentação	101
FIGURA 13	Nuvem de palavras sobre a expectativa do encontro	102
FIGURA 14	Alunas do PET-saúde e professora da UPE que participaram como colaboradores da pesquisa	103
FIGURA 15	Mediação das necessidades de aprendizagem do grupo pela professora da UPE e pela pesquisadora	104
FIGURA 16	Subgrupos de discussão para elaboração do plano de ação	105
FIGURA 17	Construção e discussão do plano de ação	105
FIGURA 18	Fotos do grupo de intervenção e do lanche de confraternização	106

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Critérios de inclusão e exclusão para seleção dos sujeitos da pesquisa	50
QUADRO 2	Porcentagem de procura por atendimento em relação ao sexo em analise comparativa entre a ferramenta do e-SUS e do livro de demanda espontânea	68
QUADRO 3	Especificação do número de atendimentos por queixa referida no primeiro trimestre de 2019, UBS km 25	70
QUADRO 4	Relatos dos sujeitos acerca do encontro	106
QUADRO 5	Matriz de intervenção	107
QUADRO 6	Planejamento estratégico situacional para o primeiro problema da matriz de intervenção	109
QUADRO 7	Planejamento estratégico situacional para o segundo problema da matriz de intervenção	110
QUADRO 8	Planejamento estratégico situacional para o terceiro problema da matriz de intervenção	111

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Quantitativo de consultas no primeiro trimestre de 2019 da equipe II do km 25 de acordo com o relatório individual por equipes do e-SUS	63
TABELA 2	Quantitativo de atendimentos realizados no primeiro trimestre de 2019 pela equipe II da Estratégia Saúde da Família do KM 25	65
TABELA 3	Caracterização da demanda geral da UBS do km25, equipe II, por sexo e faixa etária no primeiro trimestre de 2019	67
TABELA 4	Descrição da demanda espontânea da UBS do Km 25, equipe II	68
TABELA 5	Quantitativo de atendimentos em relação à faixa etária em análise comparativa entre a ferramenta do e-SUS e livro de demanda espontânea	69

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 17
1.1 Implicações da pesquisadora com o tema 17
1.2 A gênese do estudo: objeto, contextualização e problematização 18
1.3 Justificativa e relevância 23
1.4 Questionamentos 25
2 OBJETIVOS 26
2.1 Objetivo Geral 26
2.2 Objetivos Específicos 26
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 27
3.1 Reflexão sobre os modelos assistenciais em saúde e a construção social da demanda sob a luz da teoria bourdiesiana 27
3.1.1 A teoria de Pierre Bourdieu e suas implicações nas ciências da saúde 27
3.1.2 Modelos assistenciais e a construção social da demanda 29
3.1.3 Desafios para a consolidação da ESF enquanto alternativa de superação do modelo biomédico 32
3.2 Gestão participativa no SUS: O desafio de reunir gestores, profissionais e usuários para discutir o processo de trabalho dos serviços de saúde 39
4 MÉTODO 44
4.1 Tipo de estudo 44
4.2 Cenário da intervenção 45
4.3 Participantes da intervenção 48
4.4 Fases da pesquisa 51
4.4.1 Fase exploratória 52
4.4.2 Fases de planejamento/implementação/avaliação 54
4.4.3 Fase de divulgação dos resultados 56
4.5 Técnicas, instrumentos e procedimentos de coleta e análise de dados 57
4.5.1 Procedimentos para coleta e análise dos dados referentes à demanda da Unidade Básica de Saúde 57
4.5.2 Procedimentos para a construção do Discurso do Sujeito Coletivo 58

4.6 Aspectos éticos e legais do estudo.....61
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 62
5.1 Análise da demanda por atendimentos na unidade de saúde do km25, Petrolina-PE..... 62
5.2 Compreensão dos usuários, gestores e profissionais sobre o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família.....72
6 CONSTRUÍNDO O PLANO DE CORRESPONSABILIZAÇÃO ENTRE GESTORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS PARA A REORIENTAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA NA UNIDADE DE SAÚDE DO KM 25, PETROLINA-PE.....101
6.1 Seminário de intervenção: descrição.....101
6.2 O plano.....106
7 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO SOB A LUZ DO MÉTODO PARA ANÁLISE E COGESTÃO DE COLETIVOS DE GASTÃO WAGNER CAMPOS: MÉTODO PAIDEIA – MÉTODO DA RODA.....112
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....116
REFERÊNCIAS.....119
APÊNDICES
APÊNDICE A: CARTA CONVITE
APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA
APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO
APÊNDICE E: PROGRAMAÇÃO DO SEMINÁRIO DE INTERVENÇÃO
ANEXO A: CARTA DE ANUÊNCIA

INTRODUÇÃO

1.1 Implicações da pesquisadora com o tema

Esse estudo se insere no campo das vivências acadêmicas, profissionais e pessoais da autora relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Básica (AB) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), havendo, portanto, uma íntima relação entre a autora e a temática.

A trajetória acadêmica da autora sempre se voltou para o seu interesse na Atenção Básica, desde a época da graduação na Universidade Regional do Cariri (URCA). Optando, ainda precocemente, pela atuação profissional no campo da ESF. Assim, durante a graduação, a pesquisadora buscou participar de concursos públicos na área, obtendo a aprovação, em um desses processos, no último semestre do curso. Houve, portanto, a necessidade de antecipar a colação de grau para assumir o tão desejado concurso na cidade de Petrolina, interior pernambucano.

Desde então, já transcorreram doze anos e ao longo dessa trajetória a autora atuou em quatro unidades básicas de saúde junto a equipes da Estratégia Saúde da Família que em suas peculiaridades e complexidades, despertaram o seu interesse para o desenvolvimento desta pesquisa.

A oportunidade de trabalhar, em seu primeiro emprego, em uma área que surgiu de maneira desordenada e sem infraestrutura, apresentando elevado nível de pobreza, problemas sociais e desafiadoras situações de vulnerabilidades, contribuiu para a experimentação das dificuldades do processo de trabalho atrelado à conciliação de atendimento entre as demandas: espontânea e programada.

Tempos depois, a atuação profissional associada à preceptoria de alunos de cursos de saúde (medicina, enfermagem, fisioterapia, farmácia e nutrição) das universidades locais (Universidade de Pernambuco – UPE e Universidade do Vale do São Francisco – UNIVASF) aproximou a autora de projetos de ensino, pesquisa e extensão, despertando o seu interesse pelo desenvolvimento de ações que transformasse uma realidade e contribuísse para a melhoria das condições de saúde da população.

Nesse percurso, optou-se também por fazer uma especialização em Estratégia Saúde da Família, ampliando seus conhecimentos na área. Fez, ainda, diversos cursos de gestão do cuidado na Atenção Básica, sempre vislumbrando o

aperfeiçoamento da sua prática profissional em prol de contribuir de alguma forma para a melhoria dos serviços de saúde em que trabalhara.

Atualmente, trabalha em uma unidade rural, a segunda maior do município, distante a 33 km do centro da cidade e dos demais pontos da rede de assistência a saúde. A autora está vinculada a uma comunidade de aproximadamente 12 mil pessoas adscritas em duas equipes da ESF. O número elevado de usuários e a distância da sede da cidade fazem com que o número de atendimento por demanda espontânea seja extremamente elevado uma vez que o posto de saúde é o serviço de saúde mais acessível à população. Essa situação faz com que a autora vivencie uma realidade que mais uma vez a aproxima do objeto de estudo desta pesquisa.

O enfrentamento de situações desafiadoras e conflitantes levou a autora a buscar estratégias de aperfeiçoamento dos processos de trabalho da ESF. A busca pelo ordenamento dos atendimentos de demanda espontânea e valorização dos atendimentos programados de promoção à saúde e prevenção de agravos tem sido uma preocupação e uma dificuldade ainda não solucionada por essa pesquisadora.

O ingresso no Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) e a oportunidade de trabalhar na linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde que objetiva a formulação e o desenvolvimento de investigações com enfoque para a elaboração, a implantação e a avaliação de iniciativas, projetos, programas e políticas de atenção e gestão do cuidado no contexto da ESF, no sentido da humanização, integralidade, resolubilidade e participação popular, tem levado esta pesquisadora a refletir e a repensar em como “agir” e “fazer” saúde, conduzindo-a a buscar soluções para o problema apresentado. É nessa perspectiva, portanto, que essa pesquisa foi desenvolvida.

1.2 A gênese do estudo: Objeto, contextualização e problematização.

O objeto de pesquisa desse estudo é a construção de um plano de ação de corresponsabilização entre gestores, profissionais e usuários para a reorientação da demanda espontânea em uma unidade rural do município de Petrolina-PE e sua gênese está imbricada no entendimento que esses sujeitos têm acerca da ESF e de seus processos de trabalho.

Ramos et al. (2016) explica que o conceito de saúde foi, por muito tempo, definido como ausência de doenças e que esta concepção, aceita no inicio do século XX, embasou o princípio da unicausalidade que defendia que o único fator determinante para o aparecimento de doenças era o agente etiológico (vírus, bactérias, protozoários).

A compreensão da doença apenas por medições fisiopatológicas fundamentou o modelo biomédico de saúde que se tornou hegemônico a partir do ano de 1910 (REY; BIZERRIL, 2015).

Fertonani et al. (2015) dizem que, no Brasil, este modelo foi reconhecido e incorporado pelos serviços de saúde para promover o tratamento de diversas doenças que acometia a população e se caracterizou por ações curativas direcionadas a uma demanda espontânea com foco nas queixas do indivíduo, pela medicalização dos problemas, pelo trabalho fragmentado com predomínio de práticas hierarquizadas e de desigualdades entre as diferentes categorias profissionais com estímulos ao consumismo médico, pela participação passiva e subordinada dos usuários e pelo distanciamento de medidas de prevenção e promoção a saúde.

Contrariando o princípio da unicausalidade, se estrutura posteriormente, a concepção de que a doença não pode ser compreendida unicamente e exclusivamente pela presença de um microrganismo e sim por meio de um processo multifatorial e complexo que determina o estado de saúde de uma pessoa e que faz alusão às questões sociais, econômicas, culturais, éticas, raciais, psicológicas, comportamentais, entre outras que se interligam definindo o processo de adoecimento (RAMOS et al; 2016).

Com esse novo entendimento e reconhecendo os diversos determinantes do processo saúde doença, entre os anos de 1970 e 1980, o modelo biomédico passou a ser questionado em todo o mundo (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

No Brasil, ganhou forças com o movimento da Reforma Sanitária que ao denunciar os efeitos maléficos da economia sobre a saúde, buscava uma estrutura normativa que assegurasse a saúde como um direito cidadã.

Assim, neste contexto de críticas ao modelo vigente e de ampliação do conceito de saúde e acesso aos serviços, regulamenta-se o Sistema Único de Saúde em 1990, ancorado pelas diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde e pela Constituição Federal de 1988 (SILVA; MOTTA, 2015).

Marinho (2015) menciona que o movimento da Reforma Sanitária defendia a ampla participação social nas decisões do estado e no ciclo das políticas públicas; e que a Constituição Federal de 1988 garantia essa participação, institucionalizando esse dispositivo como diretriz do novo sistema.

Fertonani et al. (2015) frisam que os princípios do SUS passaram a ser um eixo de orientação para as práticas assistenciais, contemplando o acesso universal e igualitário, a participação popular, a regionalização, a hierarquização e a descentralização dos serviços de saúde com o atendimento na perspectiva da integralidade da assistência, da promoção a saúde e prevenção de doenças.

As Conferências Nacionais de Saúde que se seguiram abordaram questões relativas à efetivação do direito à saúde, ao acesso aos serviços de saúde e à necessidade de reorganização da atenção, das práticas e dos modelos de prestar cuidados a partir do controle social e da gestão participativa.

Neste contexto, a partir de 1994, se estrutura o Programa Saúde da Família, depois denominado de Estratégia Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, o qual se constituiu em uma das principais tentativas de superação do modelo biomédico centrado em práticas curativas (ARAÚJO; ASSIS, 2017).

Essa estratégia é considerada por Arantes e Shimizu (2016) como meio de expansão, qualificação e consolidação da atenção primária por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios e diretrizes do SUS e de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e das coletividades.

A ESF reestrutura o conceito de trabalho em saúde em que o foco da assistência perpassa a dimensão patológica e considera os vários e possíveis fatores ambientais, sociais, culturais, políticos e econômicos envolvidos no adoecimento das pessoas.

O seu processo de trabalho contempla o desenvolvimento de ações multidisciplinares de prevenção à doença e promoção a saúde, com planejamento realizado a partir das necessidades específicas da população adscrita e do diagnóstico dos fatores de risco do território. Conta com uma rede de apoio de serviços secundários e terciário que devem se comunicar por meio de encaminhamentos de referência e contrarreferência, sendo considerada a porta de entrada preferencial para o sistema (DELGADO, 2016).

Em relação à forma de trabalho, Araújo e Assis (2017) dizem que a ESF preconiza os atendimentos por meio de agendamentos de consultas aos grupos de maior risco e vulnerabilidade, mantendo a assistência a demanda espontânea e aos casos que necessitem de atendimento de urgência.

Essa necessidade de organizar o atendimento por meio de consultas programadas sem negligenciar a busca espontânea pelo serviço de saúde e o atendimento às urgências tem sido uma das grandes dificuldades do processo de trabalho da ESF de acordo com os estudos de Leal (2017) e Rocha (2017).

Pesquisas tem relatado que muitos fatores contribuem para o aumento da demanda espontânea, entre eles destacam fatores de origem estrutural com unidades de saúde distante dos demais serviços de apoio e equipes de saúde da família atendendo um contingente populacional acima do preconizado pelo Ministério da Saúde, assim como fatores de natureza cultural historicamente alicerçado em práticas e paradigmas de saúde (SOUZA; BOTAZO, 2013; VIEGAS; CARMO; LUZ 2015; ROCHA, 2017; LEAL, 2017).

Rocha (2017) enfatiza que a demanda espontânea exacerbada tem interferido diretamente no funcionamento da ESF, fazendo com que as equipes deixem de empregar ações preventivas para realizar intervenções curativas e de caráter imediato. Essa inversão de ações implica no aumento das patologias preveníveis e agudização das crônicas, reforça o binômio saúde-doença e enfraquece as práticas assistenciais baseadas na prevenção e promoção de saúde.

Para evitar esse retrocesso, o Ministério da Saúde lançou, em 2013, dois manuais instrutivos direcionados ao acolhimento à demanda espontânea a fim de orientar as equipes em seus processos de trabalhos.

No entanto, Araújo e Assis (2017) dizem que apesar do Ministério da Saúde dispor de protocolos, construídos por consensos científicos, que direcionam a atuação dos trabalhadores da ESF frente aos principais agravos que acometem a comunidade, é preciso que eles sejam utilizados com análise crítica e adaptados à realidade da população.

Os autores ressaltam que é necessário promover encontros, individuais e coletivos que estimulem a criatividade da equipe para que, no confronto com as necessidades sociais e de saúde da comunidade, sejam capazes de mediar respostas adequadas focadas nas pessoas (ARAÚJO; ASSIS, 2017).

A Política Nacional de Humanização (PNH) traz algumas diretrizes para atenuar essa problemática, entre elas, o acolhimento, a otimização dos serviços para aumentar a resolutividade da atenção, a corresponsabilização entre trabalhadores e usuários para a melhoria das condições de saúde e a promoção de hábitos saudáveis de vida (ARAUJO; ASSIS, 2017).

A humanização à atenção consiste na valorização da dimensão subjetiva e social dos sujeitos em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos dos cidadãos (BRASIL, 2013a).

Nesse sentido, seguindo as diretrizes da PNH, é fundamental o estabelecimento de vínculos solidários e de participação social por meio da criação de espaços coletivos e de diálogos que evidencie o protagonismo dos trabalhadores e usuários na gestão dos serviços de saúdes.

Campos (2015) define Espaços Coletivos como sendo arranjos organizacionais montados para estimular a produção/ construção de sujeitos e de coletivos. Contudo, ampliar esses espaços por meio de diálogos e reivindicar a participação social dos usuários e dos trabalhadores em associação com os gestores no processo de planejamento social tem sido um desafio para o planejamento participativo.

Segundo Barbosa et al. (2015) o planejamento participativo se configura na adoção de práticas e mecanismos inovadores que efetivem a participação popular e abrange um sistema de cooperação, compartilhamento, transparência e protagonismo social como forma de promover o exercício democrático.

Araújo et al. (2015), reforçam que a gestão participativa, no âmbito dos serviços, implica na ampliação de espaços coletivos de diálogo crítico e ativo, na perspectiva do exercício efetivo da saúde como direito, gerenciando ações e práticas políticas do controle Social.

Embora ainda necessite de maior visibilidade e valorização por parte da gestão, espaços privilegiados de participação social vêm sendo criado na atenção básica com o objetivo de reconhecer sujeitos capazes de estabelecerem uma interlocução dialógica com os serviços de saúde. Dentre eles, o envolvimento da equipe de saúde em lutas políticas locais, a integração com práticas e saberes populares e as rodas de discussão são ferramentas capazes de desenvolver uma analise crítica da realidade, possibilitando um incremento de estratégias de luta e de enfrentamento para problemas locais (PRADO; SARMENTO; COSTA, 2015).

É justamente o uso do diálogo como práxis social por meio de rodas de discussão de coletivos que promovemos uma aproximação entre gestores, profissionais e usuários do serviço de saúde, a fim de discutir a problemática da demanda espontânea, e, entre limites e possibilidades, pactuamos um plano para a reorientação da mesma.

1.3 Justificativa e Relevância

A literatura aponta que vários fatores têm dificultado o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, entre eles uma infraestrutura inadequada, a limitação de recursos materiais e humanos, a inexistência de referência e contrarreferência, o excesso de atividades administrativas, a superlotação das unidades por um elevado número de atendimentos por demanda espontânea e a falta de planejamento das ações estão entre os mais citados (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015; RIBEIRO ET AL; 2015; LEAL, 2017).

Reconhecendo que todos esses fatores são nós críticos na ESF e buscando identificar qual dentre estes tem prejudicado em maior grau os serviços de saúde do município de Petrolina-PE, a fim de realizar uma pesquisa cujo produto traga uma real contribuição local, a pesquisadora realizou uma escuta com os enfermeiros desta localidade para saber quais fatores interferem negativamente no processo de trabalho das equipes. Destacou-se a desorganização da rede no que se refere à questão de referência e contrarreferência e a problemática da grande demanda por atendimentos nos serviços de saúde.

Por ser também a opinião da pesquisadora e um desafio enfrentado por esta em sua trajetória profissional decidiu-se realizar uma pesquisa-ação com a pretensão de minimizar a problemática da demanda.

Para uma melhor apropriação teórica da temática foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando as bases de dados disponíveis nessa biblioteca (CVSP-Brasil, LILACS, BDENF Enfermagem). A busca foi realizada por meio do método integrado, utilizando o descritor em Ciências da Saúde (DeCS): Estratégia Saúde da Família e Acolhimento, além da palavra chave Demanda Espontânea.

Entre as bases de dados nacionais e internacionais, foram identificados 31 trabalhos publicados nos últimos cinco anos. Destes, 19 tinha uma aproximação com

a temática. Dos 19 estudos intervencionistas encontrados, verificou-se que as tentativas de organização da demanda, em sua maioria, se deram por meio de iniciativa da própria equipe de saúde (profissionais) ou, de forma menos notável, por parte da gestão. Nenhum artigo considerou a participação dos usuários nesse processo e nenhum ousou em mediar uma discursão entre esses três atores sociais (gestores, usuários e profissionais) a fim de pactuar estratégias para solucionar o problema das demandas nos serviços de saúde.

Refazendo a busca utilizando os descritores: Estratégia Saúde da Família e Cogestão, nove trabalhos foram encontrados. Refinando a busca acrescentando o descritor Acolhimento apareceu apenas um estudo. Destes 10, nenhum fazia menção ao objeto dessa pesquisa.

Sabendo que uma das propostas do mestrado profissional, além da formação científica, é a transformação da atuação profissional com benefícios positivos para a comunidade, buscamos realizar uma pesquisa que produzisse um resultado transformador a nível local e que pudesse ser utilizada futuramente como referência por outras realidades que vivenciam a mesma problemática.

Desta forma, traçamos um plano de ação de reorientação da demanda espontânea com a participação ativa de profissionais, gestores e da comunidade em que a percepção destes acerca do serviço de saúde e o entendimento que estes tinham sobre a ESF foram utilizadas como fio condutor do processo.

Visto que estudos nessa vertente não foram encontrados na literatura e que havia um desejo expresso de realizar um trabalho cujo produto tivesse aplicabilidade no cenário em que se vivencia com possibilidades de modificar a conjuntura atual de demais serviços, justificou-se a realização desta pesquisa e fez dela um estudo inovador.

A relevância deste estudo foi evidenciada por abordar uma temática atual e problematizadora, contribuindo com o universo acadêmico e preenchendo lacunas de produção científicas sobre o assunto.

Além do meio acadêmico, a importância deste estudo se mostrou também no meio social por permitir que os usuários dos serviços de saúde, assim como os profissionais e gestores exercessem o direito constitucional de atuar de forma participativa no SUS e na gestão do cuidado da ESF.

Outro ponto de relevância destacado é o efeito transformador deste estudo que não se finda com a realização da pesquisa.

1.4 Questionamentos

Mediante essa discussão, alguns questionamentos balizaram o desenvolvimento do estudo: É possível aproximar a gestão, os profissionais e a comunidade para discutir o processo de trabalho de uma equipe de ESF? Que ações podem sem pactuadas a partir de uma aproximação de coletivos para organizar a demanda nos serviços de saúde?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Construir um plano de ação de corresponsabilização entre gestores, profissionais e usuários para a reorientação da demanda espontânea em uma unidade de saúde do município de Petrolina-PE.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar a demanda espontânea da unidade básica de saúde;

- Descrever a compreensão dos usuários, gestores e profissionais sobre o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família;

- Elaborar ações para a organização da demanda no serviço por meio da gestão participativa.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Reflexão sobre os modelos assistenciais em saúde e a construção social da demanda sob a luz da teoria bourdiesiana.

3.1.1 A teoria de Pierre Bourdieu e suas implicações nas ciências da saúde

Pierre Bourdieu foi um destacado sociólogo francês do século XX, atualmente é lido e utilizado como fundamentação teórica em diversas áreas de conhecimento. Escreveu várias obras onde, dentre outras possibilidades, pretendeu explicitar inicialmente como os indivíduos interiorizam as estruturas sociais, gerando reprodução ou transformação. Em segundo aspecto, Bourdieu objetivou mostrar o modo como se efetiva a dinâmica do poder na sociedade (MARTELETO; PIMENTA, 2017).

Considerado um nome relevante na sociologia, fez leituras e incorporou conceitos de nomes clássicos, a saber: Max Weber, Karl Marx, Durkheim, Marcel Mauss, Lévi-Strauss, Husserl, Heidegger, Merleau Ponty, dentre outros (MARTELETO; PIMENTA, 2017).

Bourdieu apresentou, ao final de sua produção, a sociologia enquanto militância frente ás questões sociais em construção historicamente. Assim, criou conceitos importantes como campos, *habitus*, capital, posição social, trazendo à baila a tese de que a realidade não se funda em fatos, mas em relações (MARTELETO; PIMENTA, 2017).

O Campo na obra de Pierre Bourdieu é adjetivado como simbólico e cultural. Assim, o uso dessa terminologia nos permite realizar a análise de um determinado espaço social. A ideia é entender as relações de força que se estabelecem entre os espaços e de que maneira elas interferem na produção de um artefato cultural. Campo é, pois, espaços sujeitos às inferências externas e aos poderes temporais. (MONTAGNER; MONTAGNER, 2010).

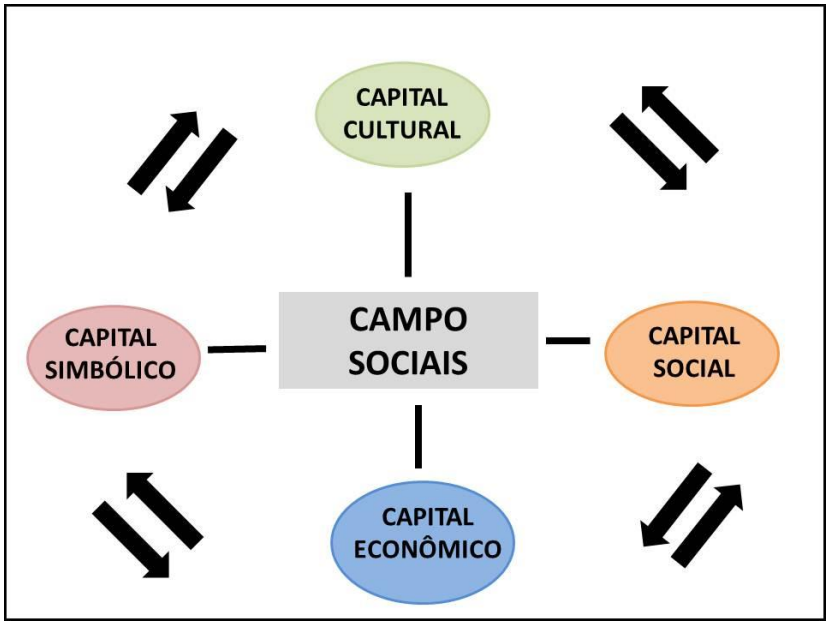
Já *Habitus* para Bourdieu é definido como sendo:

> Sistema de disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturas estruturadas e estruturantes, constituem o princípio gerador e unificador do conjunto das práticas e das ideologias características de um grupo de agentes (BOURDIEU, 1998, p. 187).

A interpretação desse conceito permite concluir que as estruturas estruturantes de nossas percepções e práticas nos leva a compreender a sociedade sob a premissa das relações que a constituem.

Montagner e Montagner (2010) dizem que a gênese do conceito de campo pode ser pensada como o resultado de uma necessidade de situar os agentes portadores de um *habitus* dentro do espaço no qual esse mesmo *habitus* se engrena sob uma relação de dominação e que, por isso, pressupõe um arcabouço estável no qual essa dominação se reproduz.

FIGURA 1- Interação entre Campo e *Habitus* na conformação do espaço social



FONTE: Construída pela autora, 2019.

Os estudos de Bourdieu defendem uma compreensão de mundo que vem questionar e complementar o entendimento filosófico da época e evidencia a problematização da dicotomia clássica entre objetividade – subjetividade na relação sujeito-sociedade.

O primeiro paradigma questionado por Bourdieu tem bases no campo da fenomenologia. Trata-se da visão que valorizou como prioritário o campo das compreensões subjetivas e do papel que estas exercem na consolidação das realidades sociais (BOURDIEU, 2008).

O outro paradigma questionado é o que defende o entendimento de que as relações objetivas construídas no interior da sociedade independem das consciências e vontades subjetivas. Havendo, pois, uma valorização do fato, da

estrutura, sem a devida interação com o universo dos significados existenciais (BOURDIEU, 2008).

Enquanto possibilidade de ilustração na saúde tem-se a lógica estabelecida entre a dicotomia saúde-doença, onde por meio do pensamento objetivista, a implementação de políticas públicas em saúde, em seu bojo teórico, não consideraria a representação social da doença e a condição cultural de um sujeito histórico inserido em realidade específica.

A perspectiva bourdiesiana de mundo se insere dentro de uma concepção praxiológica. Em outras palavras, comtempla um amálgama entre o significado subjetivo (fenomenologia) e a realidade objetiva (estruturalismo), em que o tecido social se efetiva no encontro conflituoso das duas dimensões (BOURDIEU, 2008).

Montagner (2006) diz que embora a teoria praxiológica de Bourdieu tenha muitos adeptos no Brasil, poucos são os que realmente utilizam seu referencial de forma sistemática e aprofundada nas áreas da saúde.

Sabendo que as relações estruturais entre o indivíduo e sociedade são necessárias para a construção coletiva de práticas assistenciais e que estas tem uma vinculação direta com a demanda, este capítulo se propõe a fundamentar o entendimento da procura por serviços de saúde a partir da influência dos modelos de saúde e de sua correlação com as teorias de Pierre Bourdieu.

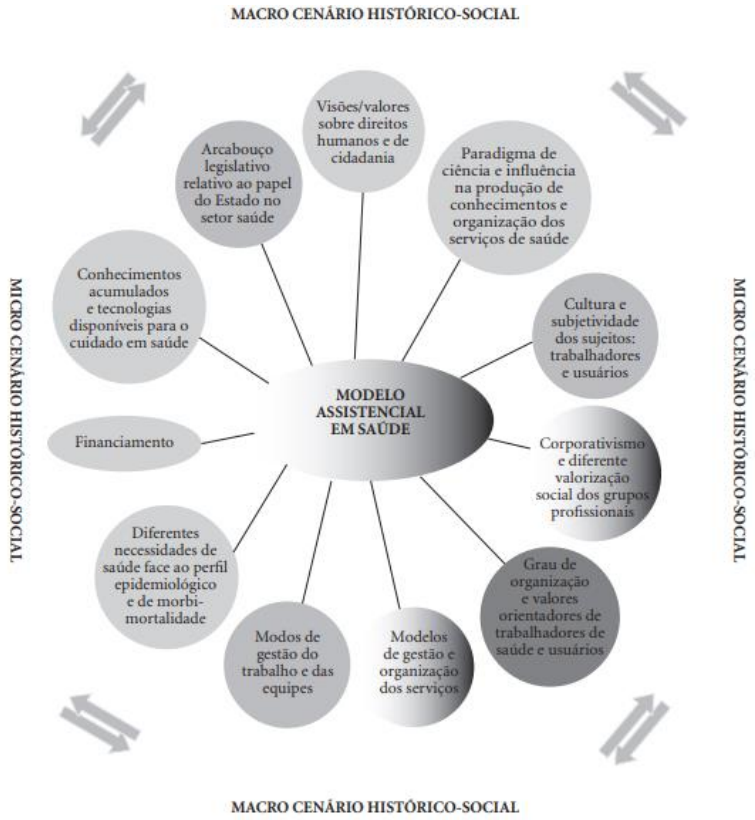
3.1.2 Modelos assistenciais e a construção social da demanda

O termo modelo possui diversas terminologias, o que tem dificultado seu processo conceitual. Apesar dessa polissemia, Paim (2008) diz que um modelo significa uma representação simplificada da realidade onde se retêm e se destacam seus traços fundamentais.

Fertonani et al. (2015) afirmam que as várias conotações do termo “modelo” são utilizadas para designar aspectos diferentes de um fenômeno complexo e seus vários elementos, que em seus contextos históricos, sociais e culturais se interagem para definir um modelo assistencial em saúde. Assim, o autor ilustra e conceitua o modelo assistencial em saúde como sendo:

> A maneira pelo qual são organizados os serviços de saúde, como são realizadas as práticas, os valores que orientam o modo como a sociedade define saúde e os direitos dos seres humanos em relação à vida (FERTONANI et al; 2015, p. 1872)

FIGURA 2 - Elementos que interferem na constituição de um modelo assistencial, a partir das formulações de Campos, Paim e Pires.



Fonte: FERTONANI, et al; 2015.

Partindo do entendimento do conceito de campo e *habitus* e analisando a figura acima é possível dizer que o pensamento bourdiesiano da construção social se correlaciona com a estruturação dos modelos assistenciais em saúde.

Compreende-se que existe uma relação indissociável entre ambos. Os campos ou grupos sociais indicam as estruturas objetivas da sociedade, pressupondo a tensão entre capital social, econômico, cultural e *habitus* enquanto disposições subjetivas, esquemas de percepção social, de pensamento e de ação. Identificam-se nitidamente na estruturação do modelo de saúde esses elementos (BOURDIEU, 2008).

O modelo assistencial em saúde esquematizado por Fertonani et al. (2015) envolve semelhança ao que aparece na especificidade do pensamento de Bourdieu. A dinâmica de interferência de muitas dimensões como gestão, financiamento, conhecimento, cultura e subjetividade do usuário, comtempla-se no chamado

construtivismo/estruturalista bourdiesiano. Há evidência dessa relação entre dimensões subjetivas e objetivas na histórica consolidação do tecido social.

> Para o estruturalismo/estruturalista, existem estruturas objetivas independentes da consciência e da vontade dos agentes, capazes de orientar suas práticas ou representações. De acordo com o construtivismo/construtivista, há uma gênese social, por um lado, de esquemas de percepção, de pensamento e de ação constitutivos do *habitus* e, por outro lado, das estruturas sociais, em particular do que o autor chama de campos (ou grupos). Ou seja, nessa gênese social, *habitus* e campos não se dissociam (LIMA; CAMPOS, 2015, p. 69).

Ao longo do processo histórico de conformação dos serviços de saúde no Brasil, modelos foram incorporados para a formulação do cuidado à população. Entre eles, Fertonani et al. (2015) destacam o sanitário campanhista, o médico assistencial privatista, o racionalizador/reformista e um modelo ainda em construção que resgata os ideários do Sistema Único de Saúde (SUS) de acesso universal e igualitário, da hierarquização e descentralização dos serviços, do atendimento integral e da participação popular.

Segundo Paim (2008) o modelo sanitário campanhista ilustra a saúde no Brasil do início do século XX, centrado no saber biomédico e voltado a atender as necessidades de saúde da população por meio de campanhas e programas de vigilância sanitária e epidemiológica, remetendo a ideia de campanha ou programas coletivos no imaginário da população.

Paim (2008) também caracteriza o modelo médico assistencial privatista como sendo o modelo de atenção mais conhecido no Brasil, voltado para o cuidado centrado na clínica médica, direcionado a uma demanda espontânea por meio de procedimentos e serviços especializados, imbuindo a concepção de saúde como mercadoria.

Fertonani et al. (2015) dizem que o modelo racionalizador/reformista previa a reorganização e racionalização dos serviços sem mudanças de concepção de saúde e de intervenção no processo saúde doença.

O quarto modelo citado por Fertonani et al. (2015) e defendido por Mendes (2012), trata da Estratégia Saúde da Família (ESF) que se configura numa das principais tentativas de superação dos modelos anteriores e consolidação dos princípios do SUS, sendo um “modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de

vida, com serviços mais resolutivos, integrais e humanizados" (FERTONANI et al; 2015, p. 1872).

O Ministério da Saúde também reconhece a ESF como modelo assistencial:

> As diretrizes prescritas na ESF configuram um "novo" modelo assistencial, no qual as práticas devem estar orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença, considerando o indivíduo no seu contexto familiar, como partes de grupos e de comunidades sócio-culturais e contemplando ações importantes no campo da vigilância em saúde e da promoção da saúde (BRASIL, 1997).

A ESF traz, portanto, uma nova proposta de cuidado centrado na família e nos vários determinantes do processo saúde-doença, com uma atenção direcionada a prevenção de doenças e promoção à saúde, uma perspectiva divergente dos demais modelos assistenciais que a precederam.

Mendes (2012) menciona que a desvalorização do processo saúde-doença no estabelecimento do cuidado, a orientação para uma demanda espontânea, o distanciamento dos aspectos culturais e éticos implicado nas escolhas e vivências dos sujeitos e a incapacidade de compreender a multidimensionalidade do ser humano influenciou por muitos anos os serviços de saúde, e atualmente são nós críticos para a consolidação da ESF enquanto prática efetiva de assistência à saúde.

3.1.3 Desafios para a consolidação da ESF enquanto alternativa de superação do modelo biomédico.

Franco e Merhy (2005) citam a ESF como uma tentativa de reorganização dos serviços de saúde, tendo como pressuposto a produção do cuidado, um processo de trabalho usuário centrado e relações acolhedoras, capazes de produzir vínculo, em um processo produtivo que aposta nas tecnologias mais relacionais para a assistência aos usuários.

A dificuldade para a consolidação dessa estratégia como modelo de atenção capaz de transformar práticas e ações de saúde e ordenar a demanda nos serviços está diretamente relacionada com a superação da hegemonia de modelos que priorizaram ações curativistas direcionadas ao indivíduo, marcados pela medicalização da saúde com ênfase na atenção hospitalar, uso intensivo de aparato tecnológico e discretos ensaios de cuidados coletivos (MENDES, 2012).

Fertonani et al. (2015) mencionam que para construir um novo modelo assistencial com potencialidade para romper com o paradigma da biomedicina é necessário reconhecer o cotidiano das práticas assistenciais e as necessidades de saúde do usuário.

Esses autores citam como principais desafios para a consolidação da ESF o processo de trabalho em equipe, a integralidade do cuidado, a formação limitada de profissionais para o trabalho na ESF, dificuldade no estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários, os problemas estruturais relacionados à demanda exagerada e falta de recursos materiais e financeiros, além da insipiência de espaços para a construção coletiva de novas práticas de saúde e a ações intersetoriais.

Entre os vários desafios da ESF citados, muitos mantêm uma correlação com as teorias de Bourdieu dentre os quais destacamos os seguintes para um maior aprofundamento:

- A fragmentação do cuidado em oposição à proposta de trabalho de uma equipe multidisciplinar

Paim (2008) afirma existir uma persistência de práticas hierarquizadas e de desigualdade entre as classes persistindo uma subordinação de diversas profissões aos saberes e práticas médicas.

A partir da sociologia de Bourdieu, algumas inferências são possíveis acerca dos elementos de manutenção de poder, status e reconhecimento que geralmente ocorre na equipe de Estratégia Saúde da Família. Comumente, encontra-se em pauta perspectivas de atuação profissional que coloca a medicina, por exemplo, em posição de destaque em relação ao restante da equipe.

A sociologia bourdiesiana amplia o debate sobre o tema clássico de classe social mostrando, dentre outras dimensões, não se tratar de uma simples divisão ligada a bases econômicas. Explicita-se que o espaço social é organizado principalmente pela presença do capital econômico e cultural. Logo, os indivíduos que em primeiro momento são distribuídos pelo volume global do capital, nas fases subsequentes terão como princípio regulador o peso que darão a economia e a cultura, bem como aos mecanismos que possibilitam ampliação desses capitais (LIMA; CAMPOS, 2015).

Na Estratégia Saúde da Família encontra-se esse perfil, a equipe é formada por diversos profissionais que certamente tem capital econômico e cultural diferentes. Todavia, embora precisem compartilhar uma visão de política de saúde, agem condicionados por *habitus* que priorizam interesses conflituosos. Surge como possibilidade de superação da divergência de interesses, da busca de conservar imagens simbólicas da profissão que traduzem poder, repensar as bases fundantes da relação criativa entre as premissas prioritárias da equipe de trabalho e as prioridades de cada profissional. Esse entendimento nasce da leitura que Bourdieu possibilita sobre a forma como se edifica cada espaço social.

> Dado que o capital econômico e capital cultural têm, nesse caso, um peso importante, o espaço social organiza-se de acordo com três dimensões fundamentais: na primeira dimensão, os agentes se distribuem de acordo com o volume global do capital possuído, aí incluído todos os tipos; na segunda, de acordo com a estrutura desse capital, isto é, de acordo com o peso relativo do capital econômico e do capital cultural no conjunto de seu patrimônio; na terceira, de acordo com a evolução, no tempo, do volume e da estrutura desse capital (BOURDIEU, 2008 p.30).

Portanto, a equipe de Estratégia de Saúde da Família precisa aproximar interesses, sejam políticos, ideológicos, econômicos, simbólicos; haja vista que o grupo tem que conciliar características divergentes de cada profissional na homogeneidade de atendimento humanizado da atenção básica. Sem as interseções entre campos e *habitus*, de acordo com o pensamento de Bourdieu, os agentes sociais não se reconhecerão compartilhando o mesmo projeto de trabalho.

Um fenômeno ligado a essa ausência de interseção aludida anteriormente é a fragmentação do cuidado com relação ao usuário. As práticas adotadas fazem reverberar uma lógica cartesiana que marcou o surgimento do pensamento moderno. Em outras palavras, o ser humano passa a ser refém de uma leitura fragmentada, dicotômica, na qual se ver excessivamente as partes e se tem dificuldade de ver o todo. O atendimento programado da equipe de Estratégia Saúde da Família, de acordo com seus princípios, prioriza exatamente uma visão de totalidade quanto ao ser humano em seu adoecimento e saúde.

- Relações assimétricas de poder entre profissionais e usuários que refletem no não estabelecimento de vínculo e corresponsabilização entre eles

> Espera-se que a Atenção Básica seja capaz de desenvolver ações de vínculo e responsabilização entre as equipes de saúde e a população residente em seu território adscrito, garantindo a continuidade e o cuidado longitudinal aos usuários (BRASIL, 2012).

Bourdieu evidencia que as formas de domínio que acontecem na sociedade passam por um jogo de tensões de várias faces. Uma delas é a relação entre a objetividade das instituições e os esquemas inconscientes interiorizados pelos sujeitos históricos que condicionam práticas, percepções e sentimentos (MARTELETO; PIMENTA, 2017).

Disto, decorre que o usuário do modelo de saúde atual participa de um grupo social marcado por condições simbólicas que não tem possibilitado se reconhecerem no usufruto de direitos consolidados no atendimento dos serviços de saúde (CAMPOS, 2015).

Portanto, um modelo de saúde por si mesmo não provocará mudança de comportamento. A mudança se efetivará quando a relação entre os profissionais de saúde e o usuário não reproduzir dissimuladamente o domínio de um grupo social sobre outro. A relação deve sinalizar o acesso a outro capital cultural onde a lógica do cuidado, da responsabilidade compartilhada, seja o *habitus* gerador de novas percepções sociais.

Assim, as estruturas que conformam o mundo social possuem dupla dimensão:

> A primeira é a “objetividade de primeira ordem”, formada pela distribuição dos recursos materiais e dos meios de apropriação dos bens e dos valores socialmente raros (ou formas diferenciadas de capital); a segunda é a “objetividade de segunda ordem” sob a forma de esquemas mentais e corporais que funcionam como a matriz simbólica das atividades práticas, condutas, pensamentos, sentimentos e julgamentos dos agentes (MARTELETO; PIMENTA, 2017, p.33).

Destaca-se na teoria bourdiesiana um empenho intelectual de revelar como se reproduz a lógica de dominação nos vários modelos sociais. Dito de outra forma, sem a compreensão dessa realidade, dos componentes em jogo, haverá a reprodução dos interesses de grupos sem a construção dinâmica de novos lugares sociais e disposições de ações dos agentes sociais.

> Foi observando as práticas culturais e as lógicas de diferenciação social que Bourdieu construiu sua vasta e ambiciosa obra, cujo principio geral se poderia enunciar da seguinte forma: a sociedade é um espaço de diferenciação no qual as relações de dominação são dissimuladas, porque profundamente são interiorizadas pelos indivíduos. Todo o empreendimento do sociólogo consistira, observando espaços e populações diversas (dos camponeses argelinos aos universitários, passando pelo patronato, trabalhadores, jornalistas...) em demonstrar os mecanismos dessa dominação (CARBIN 2008 *apud* MARTELETO; PIMENTA, 2017, p.33)

<u>- Incipiência de espaços para a construção coletiva de novas práticas de saúde</u>

Segundo Fertonani et al. (2015), no cenário de trabalho existe disputas entre interesses de diferentes sujeitos (gestores, usuários e profissionais), assim os debates em saúde giram mais em torno de pactuações e financiamento do que na organização da atenção propriamente dita.

A teoria de Bourdieu se configura como alternativa teórica plausível para análise dos elementos que envolvem a atuação profissional da equipe de Estratégia Saúde da Família. Pode-se vislumbrar que a mencionada equipe é composta de profissionais que formam um campo ou grupo que, dentre outras caraterísticas, acumulam divergentes percepções sociais. Os agentes apresentam formação acadêmica em áreas diferentes e ocupam lugares sociais diversos.

Assim, o encontro entre *habitus* e campos, reflete uma estratégia de reprodução social com muitos componentes. Não é possível destacar no grupo uma classe com aspectos homogêneos. Evidenciam-se interesses comuns e ao mesmo tempo divergentes quanto à compreensão do sistema de saúde, do papel do Estado e do reconhecimento simbólico de cada profissão.

Enquanto a Estratégia Saúde da Família comporta uma visão sistêmica, holística que articula uma perspectiva de atuação coletiva diante da especificidade histórica de cada usuário, o grupo precisa mediar os conflitos de interesses a serem mantidos ou ampliados a partir do *habitus* que direciona a escolha de cada membro da equipe.

> Um campo se define através da delimitação de vicissitudes e interesses específicos, os quais são irredutíveis a vicissitudes e interesses próprios a outros campos. Nesse sentido, de um lado, considera-se um conjunto de vicissitudes e interesses de cada um

> dos agentes e das agências; estes sendo, entre si, distintos e, às vezes, opostos. Contudo, todos os elementos (vicissitudes e interesses) preservam certo número de interesses fundamentais relativos àquilo que funda o campo, à sua especificidade (LIMA; CAMPOS, 2015, p.72).

Portanto, fica evidente em Bourdieu a possibilidade de transformação social quando se compreende que o mencionado processo ocorre inegavelmente na relação entre a objetividade histórica das coisas, das instituições e as disposições materializadas na ação de cada indivíduo.

> O princípio da ação histórica, aquela do artista, do sábio ou do governante, como aquela do operário ou do funcionário público, não é a de um sujeito que se afrontaria à sociedade como um objeto constituído na exterioridade. Ele não reside nem na consciência, nem nas coisas, mas na relação entre dois estados do social, quer dizer, entre a história objetivada nas coisas, sob a forma de instituições, e a história encarnada nos corpos, sob a forma deste sistema de disposições duráveis que eu chamo de *habitus* (BOURDIEU; WACQUANT, 1992, p. 38).

<u>- Gerenciamento da demanda nos serviços</u>

Franco e Merhy (2005) defendem que uma das formas de construção da demanda parte da percepção do usuário e os sentidos que este vê nas práticas assistenciais e sua implicação com a produção da saúde. Os autores defendem que a demanda é socialmente construída e está relacionada ao perfil do serviço de saúde e à forma como se processa a produção do cuidado e as relações entre trabalhadores e sua clientela.

> A busca pelo serviço de saúde se dá, através da percepção que o usuário tem do que é ofertado por esse serviço. E essa percepção nem sempre é objetiva, porque ela se forma a partir também, de um campo simbólico que o usuário utiliza para formar certa idéia do que o serviço tem a lhe ofertar e resolver seu problema (FRANCO; MERHY, 2005, p.2).

Reconhecendo que os modelos de atenção à saúde, por muito tempo, induziram a formação de uma demanda voltada para o consumismo médico e a comercialização da saúde por meio da realização indiscriminada de procedimentos e exames nas práticas assistenciais é fácil compreender o porquê da dificuldade de se ordenar a demanda nas unidades de saúde da ESF.

> Esta centralidade da produção da saúde com base no procedimento induziu à formação de opinião entre os usuários, de que esse é o caminho para construir o cuidado. Todo esse movimento impacta o modo como os profissionais e usuários percebem o serviço de saúde, criando por assim dizer processos de subjetivação que produz naqueles uma dada forma de ver e se relacionar com o mundo da saúde, isto é, uma subjetividade que vai se organizando e operando um certo imaginário da demanda por procedimento ao invés de uma demanda por cuidado (FRANCO; MERHY, 2005, p.6-7).

O conceito de *habitus* bourdiesiano pode ser também usado como chave de explicação para o surgimento da demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família. O usuário, movido por um esquema de percepção e ação construído nas bases dos modelos assistenciais de saúde anterior, como por exemplo, o biomédico, acaba relacionando saúde como algo pontual, ausência de doença. Assim, os diversos componentes do fenômeno do adoecimento são reduzidos a simples perspectiva de atendimento médico em busca de procedimentos e de medicamentos.

A equipe de saúde da família encontra o desafio de mediar à relação entre um sujeito concreto condicionado por um modelo de saúde prévio e o campo objetivo de uma nova política de saúde. Todavia, conforme já aludido em outra ocasião, o campos não tem dissociação com o *habitus*; existe, pois, uma espécie de interdependência criativa, tensa, conflituosa entre essas duas realidades.

Assim, aparece como via inevitável para o êxito de efetivação histórica da Estratégia Saúde da Família, a possibilidade de modificar o *habitus* gerador da conduta que se manifesta comumente na vida do usuário. A perspectiva de articulação simbólica de uma nova visão também terá relação com os campos dos profissionais que, tanto na formação inicial como na prática atual, conjugam tensões objetivas da área econômica, social e cultural.

Bourdieu explicita a dimensão de conflito existente nos campos. “A sociologia não é um capítulo da mecânica e os campos sociais embora sejam campos de forças são, também, campos de lutas para transformar ou conservar estes campos de forças”. (BOURDIEU; WACQUANT 1992, p.47).

3.2 Gestão participativa no SUS: O desafio de reunir gestores, profissionais e usuários para discutir o processo de trabalho dos serviços de saúde.

A participação social é um princípio doutrinário do SUS assegurado constitucionalmente que incentiva usuários, gestores e profissionais a atuarem de maneira autônoma e representativa na gestão dos serviços de saúde, estimulando o exercício da cidadania e da corresponsabilização.

A organização de coletivos é essencial para a efetivação desse princípio. Campos (2015) diz que coletivos organizados (gestores, usuários e profissionais) têm o papel de produzir bens ou serviços com potencialidades de atender as necessidades sociais.

O autor defende que instituições e a própria sociedade devem se organizar para assistir as pessoas. No entanto, reunir sujeitos heterogêneos, com interesses e poderes diferentes, em um mesmo propósito emite uma polaridade paradoxal: produzir valores de uso que atendem as necessidades sociais e assegurar a organização dos sujeitos (CAMPOS, 2015).

Para o enfrentamento desse paradoxo, Campos (2015) sugere construir uma nova correlação de força que diminua as diferenças de poder entre os estamentos sociais, pactuando estruturas que consolidem situações mais equilibradas de poder. Uma alternativa seria a cogestão de coletivos!

Entende-se por cogestão ou gestão participativa o modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo. Tocci e Costa (2014) mencionam que para a efetivação da cogestão é preciso conhecer a realidade institucional, criar espaços de discussões para contextualizar impasses e desgastes, pensar e decidir coletivamente a organização do trabalho com gestores, usuários e trabalhadores. Nesse processo, é fundamental o compartilhamento de saberes prévios, através de rodas de conversa, oficinas e reuniões que propõe soluções gerenciais e mudanças na organização do trabalho.

> Pensar em gestão participativa do sistema de saúde implica na existência de canais de participação desobstruído e fluxo constante de informações. Requer processos que propiciem, de modo mais completo, o crescimento das pessoas ou das organizações coletivas e, sobretudo, o reconhecimento e fortalecimento dos movimentos sociais e dos usuários como legítimos canais de construção do controle social (PRADO; SARMENTO; COSTA, 2015, p. 425).

Brasil (2013a) reafirma essa proposta ao dizer que a cogestão expressa tanto à inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto à ampliação das tarefas da gestão que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde.

O compartilhamento da gestão (cogestão) permite reconhecer, em qualquer circunstância, as divergências de interesses entre os agentes de produção e o público; permite que mesmo existindo conflitos entre a lógica da produção de valores de uso (necessidades sociais e saúde, por exemplo) e os interesses particulares dos agentes e das instituições, seja possível considerá-los todos como objetivos legítimos e administráveis (CAMPOS, 2015).

A cogestão indica, portanto, a obrigatoriedade em se estabelecer compromissos com outros sujeitos mediante a harmonização de poderes e conflitos de interesses na produção de subjetividade, em um processo de trocas e de influências recíprocas entre estes.

> Fortalecer o sujeito para que ele se autorize e tenha capacidade de negociar e solidariza-se com outros sujeitos ou instituições, partindo de reconhecimento do outro também como sujeito, ou seja, Ser com desejos e interesses a serem considerados. Isso seria possível mediante o estabelecimento de contratos e compromissos entre os distintos Sujeitos envolvidos com a produção (CAMPOS, 2015, p.137).

Assim, a experiência pessoal, os saberes, as habilidades, o gosto, a vocação, em vez de serem esmagados por um estilo de gestão homogeneizadora, seriam estimulados a manifestar-se com a composição de gestão de espaços de coletivos (CAMPOS, 2015).

Uma ferramenta essencial para a construção desses espaços e para a efetivação da participação dos sujeitos no processo gerencial do SUS é o diálogo:

> Toda relação dialógica, democrática ou comunicativa, depende da capacidade de análise e de intervenção dos Sujeitos produtores, mas depende também da capacidade de ação e de pressão de grupos externos ao Coletivo: a organização de fluxo de poder. Por isso sugere-se a Cogestão e não a autogestão como alternativa de governo. A autogestão produz isolamento e dificulta a construção de uma subjetividade capaz de integrar desejos e interesses de distintos sujeitos (CAMPOS, 2015, p. 143).

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, trouxe a proposta de colocar em prática os princípios do SUS e de construir processos coletivos por meio do estímulo da comunicação entre gestores, usuários e trabalhadores de saúde (TOCCI; COSTA, 2014).

Nessa perspectiva da valorização dos sujeitos, tem-se o pressuposto de oportunizar uma maior autonomia dos gestores, usuários e trabalhadores de saúde, ampliando sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde (BRASIL, 2013a).

Dentre os princípios norteadores da PNH destaca-se a valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão em saúde; o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional; o apoio às redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde; o incentivo a autonomia e protagonismo dos sujeitos e o fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS (TOCCI; COSTA, 2014).

Assim, a PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, desfazendo as relações de poder hierarquizado. Nesta proposta, destacam-se dois grupos de dispositivos de cogestão: aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão que permite o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde.

Campos (2015) define espaço coletivo como sendo:

> Um conceito, ou melhor, um arranjo organizacional montado para estimular a produção/construção de sujeitos e de Coletivos Organizados. Refere-se, portanto, a espaços concretos (de lugar e tempo) destinados à comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejo, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e tomada de decisão (prioridade, projetos e contratos). Os Espaços Coletivos são arranjos que podem tomar a forma de Equipes de Trabalho, Conselho de Cogestão, Assembleias, Colegiados de Gestão, Reuniões, Unidades de Produção, etc (CAMPOS, 2015, p. 147).

De acordo com o autor, podem-se identificar quatro modalidades de espaços coletivos:

1- Conselhos de Cogestão: são arranjos de funcionamento regular, com normas previamente acordadas onde os atores sociais internos e externos aos coletivos expressam seus desejos e interesses, confrontando-os entre si e com a realidade; para que desses processos de luta/negociação surjam contratos potentes para orientar a produção de bens ou serviços. É nesse espaço que trabalhadores, representantes da sociedade civil e do governo exercem a cogestão de organizações públicas. Tem-se como exemplos dentro do SUS conselhos e conferências de saúde.

2- Colegiados de Cogestão: são espaços voltados para operacionalizar a gestão interna das organizações, em que as equipes de trabalho se organizam para criarem seus projetos. Desses colegiados saem às representações internas para compor o conselho de cogestão.

3- Dispositivos: espaços capazes de cruzar estruturas, culturas e saberes em que de maneira não predeterminada ou sistemática promovem encontro de distintos sujeitos envolvidos com a produção de valores de uso. Assembleias entre trabalhadores e usuários, reuniões ocasionais, oficinas de planejamento, grupos, são alguns exemplos de espaços de dispositivos.

4- Diálogo e tomada de decisão no cotidiano: espaços cotidianos em que se instituem encontros ocasionais entre diretores e trabalhadores, trabalhadores e trabalhadores, equipes e usuários, diretores e usuários de modo que esses encontros se constituam em espaços de análises, tomada de decisão e implementação de tarefas.

Campos (2015) diz que a combinação dessas distintas modalidades de espaço coletivo conformam sistemas de gestão participativa onde a democracia se evidencia na participação dos sujeitos durante a discussão de problemas sociais.

Gomes et al. (2017) dizem quem a “gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a

formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social e que requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade" (GOMES ET AL; 2017, p. 141-142).

Observa-se que a afirmação do protagonismo dos sujeitos na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes tem ganhado forças com as políticas que buscam assegurar a efetivação do controle social.

Dentre essas políticas, além da PNH mencionada anteriormente, destaca-se, também, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS).

A ParticipaSUS, instituído pela Portaria GM/MS nº 3.027, de 26 de novembro de 2007, reafirma os pressupostos da Reforma Sanitária: universalidade, equidade, integralidade e participação social, valorizando os diferentes mecanismos de participação popular e de controle social como a "ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade" (BRASIL, 2009, p.15).

> Assim sendo, a gestão estratégica e participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde (GOMES ET AL; 2017, p. 143).

Parente (2011) constata que esses espaços, nos quais os usuários assumem protagonismo no "fazer saúde" têm se mostrado importantes na construção de melhorias do acesso e da qualidade de atenção. No entanto, se faz necessário o desmanche, ainda que provisório, da hierarquia do poder, a valorização de um bem comum a partir de uma transversalidade de ações e interesses. Desta forma, é possível, a partir de uma agenda rotineira de trabalho, obter a contribuição de todos os atores sociais envolvidos no processo de cogestão e conseguir resultados significativos na organização dos serviços.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Considerando a natureza do objeto estudado que é a construção de um plano de ação de corresponsabilização entre gestores, profissionais e usuários para a reorientação da demanda espontânea em uma unidade de saúde do município de Petrolina-PE, realizou-se um estudo intervencionista do tipo pesquisa-ação com abordagem qualitativa.

Etimologicamente a palavra intervenção vem do latim *interventio.onis* e quer dizer ato de exercer influência em determinada situação na tentativa de alterar o seu resultado e/ ou ação de expressar um ponto de vista, acrescentando argumentos ou ideias (DICIONÁRIO PORTUGUÊS, 2018).

As pesquisas intituladas intervencionistas sedimentam-se na intenção de valorizar a produção de conhecimento que favoreça o surgimento de novos atores no processo de pesquisa e que, por sua vez, sejam corresponsáveis na condução e na construção do conhecimento coletivo (CASSANDRE; QUEROL; BULGACOV, 2012).

Uma modalidade dos estudos intervencionistas é a pesquisa-ação que consiste em relacionar pesquisa e ação em um processo em que os atores e os pesquisadores se envolvem, tentando elucidar algum problema ou questão do cotidiano.

Thiollent (2011) diz que a pesquisa-ação busca elucidar problemas sociais, cientificamente relevantes por intermédio de grupos em que se reúnem pesquisadores, membros da situação-problema e outros atores e parceiros interessados na resolução de uma problemática.

O autor também explica que embora as expressões “pesquisa participante” e “pesquisa-ação” sejam frequentemente usadas como sinônimos elas não são, porque na pesquisa-ação, “além da participação, supõe uma forma de ação planejada de caráter social, educacional, técnico ou outro que nem sempre se encontra em propostas de pesquisa participante” (THIOLLENT, 2011, p.13-14).

Outra diferença entre esses dois tipos de pesquisa, é que na pesquisa-ação existe um processo investigativo prévio, uma vez que o problema e suas variáveis são desconhecidos ou necessitam de conhecimento adicional e de uma maior aproximação do pesquisador com a realidade investigada (BALDISERRA, 2001).

Considerando que à ação deste estudo foi precedida pela realização de um eixo de investigação em que teve por objetivo verificar o conhecimento dos sujeitos acerca da temática e identificar o perfil da demanda não programada na Unidade Básica de Saúde (UBS) em questão, esse estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa-ação e não participante.

Baldisera (2001) diz que para a pesquisa ser considerada uma pesquisa-ação deve realmente haver uma ação por parte das pessoas implicadas no processo investigativo, visto partir de um projeto de ação social ou da solução de problemas coletivos e estar centrada no agir participativo e na ideologia de ação coletiva.

A abordagem qualitativa de acordo com Minayo (2014) se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações humanas sobre como vivem, sentem e pensam.

Ainda segundo a autora, na pesquisa qualitativa, o investigador é partícipe dos eventos que analisa e sua voz se encontra com as vozes dos sujeitos para produzir novos sentidos para as experiências vividas, incorporando o significado e a intencionalidade dos atos às relações sociais, aprofundando também suas dinâmicas históricas, culturais, e simbólicas (MINAYO, 2014).

Diante do exposto, observamos que o tipo de estudo e a abordagem apresentada foram de encontro com a proposta e a natureza do objeto desta pesquisa.

4.2 Cenário da intervenção

A pesquisa foi realizada no município de Petrolina-PE, distante a 712 km da capital do estado, Recife. Petrolina faz divisa com o estado da Bahia por meio do rio São Francisco, possui uma extensão territorial de 4.561,872 km² e uma população estimada em 343.219 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); sendo o quinto maior município de Pernambuco e o segundo do interior pernambucano. Petrolina possui uma ampla rede de ensino superior com duas universidades públicas: a Universidade de Pernambuco (UPE) e a Universidade do Vale do São Francisco (UNIVASF), além de Instituto Federal e faculdades privadas (BRASIL, 2018).

Possui uma cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) de 90%, sendo referência de média e alta complexidade para demais municípios da sua regional de saúde. Atualmente, possui 55 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 22 em zona rural e 33 em zona urbana que sediam 28 equipes de Estratégia Saúde da Família na área rural e 62 na área urbana, totalizando 90 equipes de ESF. Essas equipes são apoiadas por nove Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).

A Rede de Assistência à Saúde (RAS) é formada por um hospital universitário de referência em traumatologia, clinica médica e cirúrgica; um hospital de referência em pediatria e maternidade de alto risco, gerido pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), e um hospital de assistência oncológica, além de quatro hospitais privados que prestam serviços ao SUS.

Fazem parte, também, da RAS três Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um infantil, outro para usuário de álcool e drogas e outro para adultos com transtornos mentais. Existe uma policlínica, um Centro de Especialidade Odontológica (CEO), um centro auditivo, um centro de referência para doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais, um centro de serviço de infectologia, e uma farmácia da família, além de serviços vinculados a rede de vigilância à saúde.

O serviço de urgência é oferecido pelo Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e por uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

FIGURA 3- localização geográfica de Petrolina e imagem aérea da cidade.

FONTE: Google, 2018.

Neste estudo, foi considerado como cenário de intervenção a UBS do Km 25 (Projeto Maria Tereza) situada no perímetro irrigado Senador Nilo Coelho, zona rural do município.

A UBS em questão foi implantada no ano de 1996, mesmo ano em que o projeto Maria Tereza foi criado pela Companhia de Desenvolvimento dos Vales do São Francisco e Parnaíba (CODEVASF). A princípio, era composta por uma unidade de Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), hoje conta com duas equipes de saúde da família funcionando no mesmo prédio localizado na vila do KM 25, S/N e presta serviços a uma população de aproximadamente 12 mil pessoas das 07 às 14 horas (PETROLINA, 2018).

O Projeto Maria Tereza (KM 25) é formado por uma vila e por oito áreas irrigadas, sendo que a área mais distante está a 70 km do cento da cidade. A sede da unidade de saúde fica a 33 km do centro de Petrolina e dos demais serviços da RAS do município. A economia se da por meio do comércio, da agricultura familiar e de exportação. Não dispõe de saneamento básico em toda sua extensão, sendo que na vila há o predomínio de casas de tijolo e existe coleta pública do lixo, enquanto que nas áreas irrigadas, o lixo é jogado a céu aberto e existem algumas casas de taipa (PETROLINA, 2018).

A pesquisa ocorreu na equipe II da ESF do km 25 (CNES: 2429675, EQUIPE Nº 151165). Esse cenário foi escolhido por ser a zona rural maior em extensão e em população, por possuir condições de vulnerabilidade social preocupante e por ser também a equipe a qual a pesquisadora está vinculada, o que facilitou a execução da intervenção.

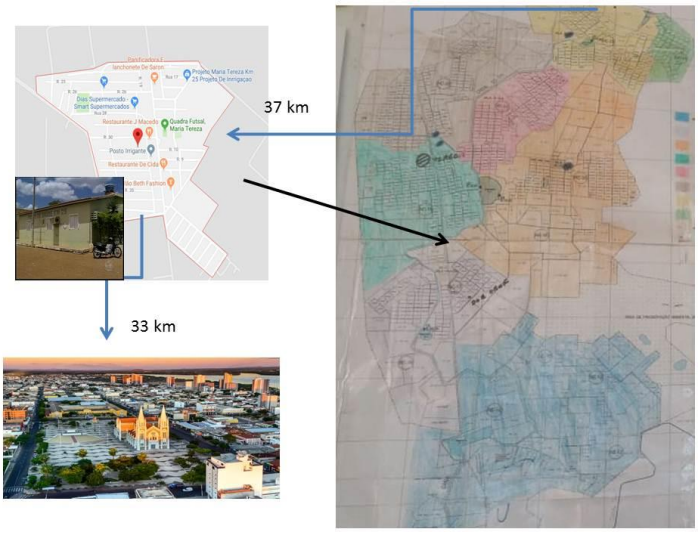
Tal equipe é composta por uma enfermeira, uma médica, sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma recepcionista, duas técnicas em enfermagem e um auxiliar de serviços gerais. Possui 5.865 pessoas sob sua responsabilidade, das quais praticamente a totalidade depende do SUS haja vista que 93% dos usuários não possuem plano de saúde suplementar. Esta equipe possui oito micro áreas, das quais três estão localizadas na vila e cinco nas áreas irrigadas, sendo que uma delas é desprovida de agente comunitário de saúde e possuí uma população de 1148 pessoas.

Não há uma coordenação ou gerente de unidade sendo que essa atribuição é destinada a um apoiador da atenção básica que fica na secretaria de saúde e coordena outras unidades também. Existem associações de moradores regularmente registradas na vila e nas áreas irrigadas. Não existe conselho local de saúde no território.

FIGURA 4- Vista aérea do Projeto Maria Tereza (km25) e foto da Unidade de saúde

FONTE: Google, 2018.

Figura 5- Proporção da extensão territorial da vila em relação ao Projeto e distância da última micro área para o centro da cidade.



FONTE: Construída pela autora, 2019.

4.3 PARTICIPANTES DA INTERVENÇÃO

Foram participantes dessa pesquisa os profissionais de saúde da ESF envolvidos no estudo, os gestores responsáveis pela Atenção Básica do município e os usuários assistidos pela equipe de ESF do km 25. O Quadro 1 explicita os critérios adotados para a seleção dos sujeitos.

O tempo foi utilizado tanto como critério de inclusão como de exclusão por está diretamente relacionado à questão do vínculo entre os participantes e destes com o serviço e por entender que o processo de trabalho na ESF é dinâmico e sujeito a adaptações frequentes, onde a ausência dos participantes em alguma das etapas da pesquisa descontinuaria o planejamento das ações.

A amostragem para a pesquisa seguiu critérios da representatividade qualitativa. Thiollent (2011) explica que se trata de um pequeno número de pessoas

que são escolhidos intencionalmente em função da relevância que elas apresentam a um determinado assunto, isto é, em função da representatividade social dentro da situação considerada.

O método adotado para a seleção dos sujeitos foi o de informantes chaves, onde a pesquisadora entrou em contato com os usuários para identificar as lideranças comunitárias da localidade e com os representantes da gestão e dos profissionais a fim de verificar quais sujeitos se enquadravam nos critérios anteriormente estabelecidos e que se prontificavam a participar da pesquisa.

A população foi de 11 participantes, sendo quatro representantes dos usuários, três da gestão e quatro profissionais de saúde.

Entende-se por usuário todo e qualquer indivíduo que faz uso de um serviço de utilidade pública (DICIONÁRIO PORTUGUÊS, 2018).

Grisotti et al. (2010) dizem que os usuários dos serviços de saúde são os sujeitos que recebem a atenção em saúde pelos trabalhadores através dos serviços ofertados pelo SUS e que também são protagonistas do sistema ao exercerem participação ativa no processo de produção de saúde.

Nesse estudo, contemplando os critérios da amostragem representativa, foram considerados usuários aqueles que além de frequentarem a unidade de saúde foram indicados como representantes comunitários. Assim participaram quatro informantes, sendo um, membros da associação de moradores da vila, dois, representantes das áreas irrigadas (R4 e R5) e um sujeito não vinculado à associação da área 21, mas apontado pelos usuários como representante social daquela localidade. Isso ocorreu porque os moradores não reconheciam a associação que lá existe, uma vez que o representante não foi eleito por voto popular.

Já os trabalhadores de saúde são definidos como sujeitos que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter, ou não, formação específica para o desempenho de funções respectivas ao setor (BRASIL, 2009).

Nesse estudo, os trabalhadores foram os profissionais de nível superior e médio da equipe de ESF do km 25 vinculados à pesquisa e que estavam diretamente envolvidos na marcação de consulta, triagem e atendimento ao usuário. Adotou-se nas categorias que tinha mais de um representante o critério de indicação

pelos demais funcionários sendo que essa indicação foi feito por consenso em uma reunião de equipe e o critério escolhido foi a aproximação com a problemática do estudo. Participaram, portanto, uma médica, uma técnica de enfermagem, um agente comunitário de saúde, e uma recepcionista. A enfermeira da equipe, por ser também a pesquisadora, não fez parte da amostra. A dentista foi excluída da amostra porque a equipe de saúde bucal não está vinculada a equipe de ESF do estudo.

Gestor é a pessoa responsável por administrar e coordenar as atividades de uma determinada área. Na saúde, entende-se por gestores a autoridade sanitária em cada esfera de governo cuja ação política e técnica devem ser pautadas pelos princípios da reforma sanitária brasileira, com a responsabilidade de comandar um sistema de saúde municipal, estadual ou nacional exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL 2003).

No estudo, foram considerados gestores a diretora executiva da Atenção Básica, que é a pessoa em nível de hierarquia que está abaixo da secretária de saúde do município e que responde pelas demandas da Atenção Básica; a coordenadora da Atenção Básica, que trabalha diretamente com a diretora executiva; e a apoiadora da Atenção Básica que responde pela gerência de algumas Unidades de Saúde e neste caso do Km 25, uma vez que não há um coordenador de unidade dentro do serviço em que a pesquisa se desenvolveu.

QUADRO 1- Critérios de inclusão e exclusão para seleção dos sujeitos da pesquisa

	PROFISSIONAIS	**USUÁRIOS**	**GESTORES**
INCLUSÃO	- Serem profissionais que atuam na UBS há pelo menos seis meses.	- Ter no mínimo 18 anos, estar cadastrado na equipe, utilizar os serviços da UBS e ser um representante comunitário reconhecido pelos demais usuários.	- Ocupar um cargo de gestão na Secretaria Municipal de Saúde, vinculada a Atenção Básica e ser responsável pelo gerenciamento e supervisão da UBS selecionada para o estudo.
EXCLUSÃO	- Se afastar das atividades laborais ao longo da pesquisa por mais de um mês consecutivo.	- Se afastar, por qualquer motivo, do cargo de representante comunitário ao longo da pesquisa.	- Se afastar das atividades laborais ao longo da pesquisa por mais de um mês consecutivo.

FONTE: Construída pela autora, 2019.

Sulti et al. (2015) dizem que os espaços dos serviços de saúde são palcos de ação de diversos atores sociais. Lima et al. (2014) observam que para atuar na saúde da família, o profissional, além de redirecionar sua prática clínica, precisa redimensionar sua sensibilidade para perceber, compreender e ponderar acerca de situações eticamente significativas ou problemáticas.

Cotta et al. (2008) enfatizam que a participação livre e crítica dos usuários na Atenção Básica pode contribuir para o empoderamento deste grupo populacional e para a viabilização de políticas de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Quanto as relação profissional-usuário, especificamente no cenário da Estratégia Saúde da Família, Lima et al. (2014) explicam que é permeada por aspectos de caráter ético e que transpassam o ambiente clínico marcando a prática vinculada ao exercício da cidadania, favorecendo a qualidade da relação interpessoal no âmbito do SUS.

E na relação gestores, usuários e profissionais, o gestor se apresenta "como peça fundamental para a construção de modelos de gestão que sejam capazes além de contribuir para a produção de saúde, contribuir para a constituição de sujeitos que tenham seus projetos pessoais articulados com a responsabilização na construção de um modelo de atenção que cumpra os princípios do SUS" (SULTI et al; 2015, p. 173)

O uso desses informantes além de permitir o compartilhamento de informações mais precisas visto que são especialistas no assunto por vivenciar diretamente a problemática estudada, fortaleceu o vínculo entre eles e evidenciou o protagonismo social desta pesquisa.

4.4 Fases da Pesquisa.

Thiollent (2011) explica que, contrariamente a outros tipos de pesquisa, a pesquisa-ação é muito flexível e não segue uma série de fases rigidamente ordenadas; devendo iniciar com uma fase exploratória e finalizar com a divulgação dos resultados; possuindo percursos intermediários não necessariamente obrigatórios e sequenciais que podem variar em função das circunstâncias.

> Há sempre um vaivém entre as várias preocupações a serem adaptadas em função das circunstâncias e da dinâmica interna do grupo de pesquisadores no seu relacionamento com a situação investigada (THIOLLENT, 2011, p.55).

As 12 etapas enumeradas por Thiollent (2011) geradoras e norteadoras da pesquisa-ação, são: Fase exploratória; O tema da pesquisa; A colocação dos problemas; O lugar da teoria; Hipóteses; Seminário; Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa; Coleta de dados; Aprendizagem; Saber formal/saber informal; Plano de ação; Divulgação externa.

Para fins metodológicos e explicativos, neste estudo, essas etapas foram contempladas em cinco fases:

FIGURA 6- Fases da Pesquisa Ação

FONTE: Construída pela autora, 2019.

4.4.1 Fase exploratória

Thiollent (2011) diz que a fase exploratória da pesquisa-ação consiste em descobrir o campo de pesquisa, os interessados e suas expectativas e estabelecer um primeiro diagnóstico da situação. Trata ainda de detectar apoios e resistências avaliando prospectivamente a viabilidade da intervenção.

Nessa etapa identificamos os sujeitos da pesquisa e os convidamos a participar do estudo por meio da emissão de uma carta (APÊNDICE A). Para os sujeitos que desejaram voluntariamente participar da pesquisa foi realizada uma entrevista guiada por roteiro de perguntas semiestruturado (APÊNDICE B) a fim de verificar o conhecimento prévio dos mesmos acerca da gestão participativa em saúde, da ESF e de seu processo de trabalho para o atendimento às demandas.

O roteiro da entrevista semiestruturada foi elaborado com perguntas abertas, permitindo ao entrevistado discorrer sobre o tema sugerido e ao pesquisado fazer interferências sempre que necessário, adaptando a linguagem ao nivelamento do

entrevistado e intervindo quando a resposta não mantinha relação com a pergunta realizada.

As entrevistas foram realizadas na UBS do km 25 e na secretaria de saúde com uma média de tempo de 20 minutos entre os participantes. As falas foram gravadas em dispositivo de gravação de áudio digital, com a prévia autorização dos sujeitos. Posteriormente, as falas foram transcritas e analisadas através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Numa entrevista, apesar do contexto se assemelhar ao de uma conversa informal, o entrevistador precisa seguir uma lista de questões previamente elaboradas. E no caso da entrevista semiestruturada, o entrevistador deve ficar atento para direcionar o assunto àquilo que lhe interessa, podendo fazer novas perguntas para sanar dificuldades de compreensão das respostas ou reconduzir o entrevistado ao tema da entrevista, caso o mesmo tenha fugido ao assunto ou tenha dificuldades com ele (BONI; QUARESMA, 2005).

Minayo (2014) diz que é importante elaborar um roteiro que contenha questões essenciais e suficientes, distribuídas em tópicos que contemplem a abrangência do que se espera colher de informações.

O DSC é um método de resgate da representação social, caracterizado por buscar reconstituir tais representações preservando a sua dimensão individual articulada com a sua dimensão coletiva.

> O Discurso do Sujeito Coletivo é uma forma de metodologicamente resgatar e apresentar as representações sociais obtidas de pesquisas empíricas. Nessas, as opiniões ou expressões individuais que apresentam sentidos semelhantes são agrupadas em categorias semânticas gerais, como normalmente se faz quando se trata de perguntas ou questões abertas. O diferencial da metodologia do DSC é que a cada categoria estão associados os conteúdos das opiniões de sentido semelhante presentes em diferentes depoimentos, de modo a formar com tais conteúdos um depoimento síntese, redigido na primeira pessoa do singular, como se tratasse de uma coletividade falando na pessoa de um indivíduo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014, p.503).

Após a realização das entrevistas e ainda contemplando a fase exploratória foi realizada uma análise da demanda da UBS pela pesquisadora. Essa análise constou do levantamento da quantidade de atendimento por demanda espontânea no primeiro trimestre de 2019. Os dados foram coletados por meio dos relatórios do

e-SUS e do livro de registro de demandas disponíveis na UBS, onde foi possível observar o perfil dos usuários que procura o serviço e o motivo da procura.

Os dados coletados foram apresentados no seminário de intervenção. Isso foi essencial para a aproximação dos sujeitos com a problemática e para o levantamento das necessidades de aprendizagem do grupo de intervenção.

Sobre a necessidade de aprendizagem na pesquisa-ação, Thiollent (2011) diz que está associado ao processo investigativo e que a "aprendizagem dos participantes é facilitada pelas contribuições dos pesquisadores e, eventualmente, pela colaboração temporária de especialistas em assuntos técnicos cujo conhecimento for útil ao grupo" (THIOLLENT, 2011, p.76).

A técnica defendida pelo autor para cumprir essa etapa é a comparação literal dos saberes em que em um primeiro momento todos os participantes são levados a descrever e\ou relatar a situação ou o problema expondo a busca de explicações e de soluções; posteriormente comparam-se os achados procurando pontos de convergências e divergências. Isso foi realizado através da análise do DSC.

4.4.2 Fase de planejamento / implementação / avaliação

Essa fase foi mediada pelo tema da pesquisa.

Thiollent (2011) explica que o tema da pesquisa é o problema prático, e deve ser definido de modo simples e sugerir os problemas e o enfoque que serão selecionados. O autor ainda diz que a formulação do tema pode ser descritiva ou normativa e que, em geral, ele é escolhido em função do compromisso entre o pesquisador e os elementos ativos da situação a ser investigada.

Nessa pesquisa o tema teve um caráter normativo, previamente elaborado com o seguinte enunciado: Como melhorar o processo de trabalho na ESF do km 25 e conciliar o atendimento da demanda agendada com o acolhimento à demanda espontânea?

Definido o tema, houve a necessidade de enquadrá-lo em um referencial teórico, sendo necessária nessa etapa recorrer a uma pesquisa bibliográfica e a selecionar um marco referencial teórico.

> De acordo com o que precede, entre os diversos quadros teóricos disponíveis um marco específico é escolhido para nortear a pesquisa e, principalmente, atribuir relevância a certas categorias de dados a partir das quais serão esboçadas as interpretações e equacionadas as possíveis

> “soluções”. Nessa fase a pesquisa bibliográfica é necessária. É possível, também, recorrer ao saber de diversos especialistas dos assuntos implicados, desde que tenham interesse em colaborar com o projeto (THIOLLENT; 2011, p.61).

O referencial teórico selecionado para fundamentar a pesquisa foi os conceitos de campos e *habitus* do sociólogo Pierre Bourdieu.

A partir dos dados coletados na fase exploratória, do referencial teórico adotado e da bibliografia consultada se colocou os problemas: O problema da demanda nos serviços de saúde é cultural; Está associada ao desconhecimento da proposta de trabalho da ESF; Tem relação com a deficiência de recursos estruturais e humanos e com a fragilidade no acolhimento.

Thiollent (2011) explica que a colocação dos problemas é uma etapa que consiste em definir a problemática da pesquisa e diz que é nessa etapa que o tema e os objetivos elaborados anteriormente passam a fazer sentido.

> Em termos gerais, uma problemática pode ser considerada a colocação dos problemas que se pretende resolver dentro de um certo campo teórico e prático. Um mesmo tema (ou assunto) pode ser esquadrado em problemáticas diferentes. Por exemplo, problemas de saúde podem ser inseridos numa problemática de medicina ou numa problemática social ou política. A colocação dos problemas é feita em universos diferentes. A problemática é o modo de colocação do problema de acordo com o marco teórico conceitual adotado (THIOLLENT; 2011, p.61).

Thiollent adverte que a colocação dos problemas não deve ser trivial e que eles devem ser colocados de maneiras práticas e dentro de um contexto social.

À colocação dos problemas, seguiu-se a formulação das hipóteses\ perguntas norteadoras: É possível aproximar gestão, profissionais e comunidade para discutir o processo de trabalho de uma ESF? Que ações podem ser pactuadas a partir de uma aproximação de coletivos para organizar a demanda nos serviços de saúde e intervir nos problemas listados?

Todo o processo da pesquisa foi intermediado pelo seminário que permitiu a apresentação dos dados da fase exploratória, discussão e avaliação pelo grupo de intervenção, além de constatar a expectativa do grupo em relação à pesquisa.

Essa constatação foi realizada através da técnica de evocação de palavras. A evocação de palavras é um instrumento comumente usado em pesquisa e consiste na solicitação aos participantes que mencionem, oralmente ou por escrito, um

determinado número de palavras que lhes vêm à mente a partir da apresentação de uma expressão indutora (VERGARA; FERREIRA, 2007).

Esse processo e toda a descrição do seminário estão detalhados em outro capítulo desta dissertação e a programação segue em apêndice (APÊNDICE E).

Sobre o seminário de intervenção, Thiollent (2011) explica que o seu papel na pesquisa-ação consiste em examinar, discutir e tomar decisões acerca do processo de investigação, centralizando todas as informações coletadas e discutindo interpretações. Assim, elabora diretrizes de pesquisa e diretrizes de ação que são permanentemente acompanhadas e avaliadas. Sendo papel do pesquisador, colocar à disposição dos participantes os conhecimentos de ordem teórica ou prática para facilitar a discussão dos problemas (THIOLLENT, 2011).

Para isso, convidamos para participar do seminário uma apoiadora vinculada a Universidade de Pernambuco (UPE), professora de Saúde Coletiva e doutoranda em Ciências da Saúde, que compartilhou conhecimentos fundamentais para o nivelamento e aprimoramento do conhecimento dos sujeitos.

Dado esse trajeto, o plano de ação propriamente dito foi elaborado de maneira democrática com elaboração de metas coletivas pactuadas pelos sujeitos seguindo as diretrizes do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

A avaliação da ação foi guiada pelo método de análise de cogestão de coletivos, que é um método que “tenta reinventar e ampliar as possibilidades históricas de mudanças em uma busca ativa pela reprodução e ampliação de condições favoráveis à democratização da vida em sociedade” (CAMPOS, 2015, p.17).

A escolha por essa ferramenta deu-se pela sua capacidade em analisar e gerenciar relações humanas e por permitir analisar coletivos que se organizam para solucionar uma problemática comum.

4.4.3 Fase de divulgação dos resultados

Os resultados oriundos deste estudo serão divulgados externamente nos meios sociais e acadêmicos por meio de relatórios às instâncias envolvidas e através da publicação dos produtos desta pesquisa. Cumpriremos assim a etapa final da pesquisa-ação que “trata-se de fazer conhecer os resultados de uma pesquisa que, poderá gerar reações e contribuir para a dinâmica da tomada de

consciência e eventualmente, sugerir o início de mais um ciclo de ação e de investigação" (THIOLLENT, 2011, p.81).

Espera-se que essa pesquisa corrobore com o entendimento de que a participação da sociedade civil na esfera pública é essencial para a construção, efetivação e defesa do SUS.

Pretendemos despertar nos coletivos o entendimento da importância do seu papel na gestão dos serviços de saúde e instigá-los a se organizarem de maneira permanente e constante em busca de solucionar outras problemáticas angariando melhorias para a sociedade.

4.5 Técnicas, instrumentos e procedimentos de coleta e análise de dados.

4.5.1 Procedimento para coleta e análise dos dados referente à demanda da UBS

Os dados para a análise da demanda da UBS foram coletados do programa do e-SUS utilizando a ferramenta relatório: relatório de atendimento individual por equipe e no livro de registro de demanda espontânea existente nessa unidade.

O e-SUS é uma proposta de reformulação dos Sistemas de Informações em Saúde do Ministério da Saúde, criado através da Portaria GM/MS n° 1.412, de 10 de julho de 2013, desenvolvido com a proposta de reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional; permite, entre outras funcionalidades, avaliar processo de trabalho das equipes e dos profissionais por meio de relatórios de monitoramento (BRASIL, 2019).

Em 2013 foi preconizado à informatização de todas as unidades de saúde do Brasil. Em Petrolina-PE e mais especificamente no cenário desta pesquisa, a informatização ocorreu no ano de 2017. Na ocasião, os atendimentos e procedimentos passaram a ser registrados no PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão) facilitando o acesso aos dados e monitoramento pela equipe de ESF.

O livro de registro de demanda espontânea é um instrumento elaborado pela própria equipe destinado a registrar informações acerca desse público. Contém informações tais como nome do usuário, idade, endereço, motivo da procura e desfecho do atendimento.

Os dados coletados em cada uma dessas ferramentas foram organizados em quadros e tabelas, os resultados foram cruzados a fim obtermos dados precisos.

Devido há algumas inconsistências na comparação dos dados, como por exemplo, divergências do quantitativo de atendimentos entre as fontes de coleta, recorremos à funcionalidade filtros de atendimentos do e-SUS e após analisar a produção individual por profissional relacionando com os dados obtidos anteriormente foi possível identificar as falhas e se chegar a dados mais fidedignos.

Os dados obtidos na fase exploratória foram analisados e descritos relacionando-os com a literatura vigente.

4.5.2 Procedimento para construção do Discurso do Sujeito Coletivo.

A construção do DSC seguiu as orientações de Lefèvre e Lefèvre (2005). Os autores, para viabilizar o DSC como ferramenta de análise de dados, formularam quatro figuras metodológicas: Expressões-chave, Ideia Central (IC), ancoragem e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

As Expressões-chave caracterizam-se por transcrições ou trechos literais do discurso que desvelam a ideia central do discurso. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

A ideia central como o próprio nome revela se caracteriza pelo ponto principal de cada expressão-chave, não se trata de uma interpretação e sim uma descrição clara e objetiva do que foi dito (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

A ancoragem diferencia-se dos demais elementos por ser uma etapa metodológica facultativa que depende do tipo de pesquisa realizada, da pergunta de pesquisa e do referencial teórico utilizado. Trata-se das teorias e pressupostos que o discurso está alicerçado (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

A última figura metodológica no DSC é o discurso do sujeito coletivo, a qual é uma síntese dos discursos redigida na primeira pessoa do singular, é composta pelo conjunto de expressões-chave semelhantes e que possuem a mesma ideia central ou ancoragem (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005)

O primeiro passo para a obtenção do DSC ocorreu com a transcrição das entrevistas, a identificação das expressões- chaves das ideias centrais e a identificação das expressões-chave da ancoragem . Para isso utilizamos o Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD1) de Lefèvre e Lefèfre, identificando a expressão-chave da ideia central na cor vermelha e a expressão-chave da ancoragem com o grifo.

FIGURA 7 – Identificação das expressões-chave no IAD1 do DSC

INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 1 - IAD1

EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
P1- Eu entendo que é um meio de prevenir alguma doença. É tipo prevenção né, a pessoa procurar o posto pra prevenir algum tipo de doença, pra evitar ter filhos.		
P2- Foi um estudo que foi feito para uma organização de um atendimento à população; é isso que eu entendo por estratégia para melhorar, uma saúde melhorada para a população.		
P3- Foi um programa criado, eu não lembro agora exatamente em que governo, pra viabilizar o atendimento mais global, mais geral		

FONTE: LEFEVRE; LEFEVRE, 2005.

Posteriormente, identificamos e categorizamos as ideias centrais e as ancoragens, quando era necessário, colocando nas caselas correspondentes.

FIGURA 8- Identificação das Ideias Centrais e das Ancoragens.

INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 1 - IAD1

EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
P1- Eu entendo que é um meio de prevenir alguma doença. É tipo prevenção né, a pessoa procurar o posto pra prevenir algum tipo de doença, pra evitar ter filhos.	Estratégia de prevenção	
P2- Foi um estudo que foi feito para uma organização de um atendimento à população; é isso que eu entendo por estratégia para melhorar, uma saúde melhorada para a população.	Estratégia de melhoria de saúde para a população	A melhoria da saúde está vinculada a organização do atendimento
P3- Foi um programa criado, eu não lembro agora exatamente em que governo, pra viabilizar o atendimento mais global, mais geral da comunidade dentro	Estratégia de aproximação do serviço e da comunidade Estratégia de prevenção de doenças	Valorização da medicina em relação às demais profissões que integra a ESF.

FONTE: LEFEVRE; LEFEVRE, 2005.

O terceiro passo consistiu em agrupar as ideias centrais e as ancoragens de mesmo sentido ou sentido equivalente. Para isso utilizamos o recurso de cores.

FIGURA 9 – Agrupamento de ideias de sentido equivalente.

INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 1 - IAD1

P4- É uma estratégia de melhoria da saúde, pra ajudar no sentido de prevenção, veio pra facilitar o convívio das pessoas com o posto de saúde, pra estender mais as questões de exames, de consultas.	Estratégia de melhoria da saúde Estratégia de aproximação do serviço e da comunidade Estratégia de prevenção de doenças	A melhoria da saúde está vinculada ao aumento da oferta de exames e consultas.
G1- É um programa de saúde que veio para oferecer uma melhor qualidade de saúde às pessoas dando acesso e garantindo a universalidade dos serviços.	Estratégia de melhoria da saúde	A melhoria da saúde está vinculada ao acesso
G2- É promover a saúde da população, trazendo a população para perto da gente, fazendo com que exista essa interação e a aceitação da população diante dos serviços independente da	Estratégia de aproximação do serviço e da comunidade Estratégia de promoção à saúde	

FONTE: LEFEVRE; LEFEVRE, 2005.

A última etapa consistiu em denominar cada um dos agrupamentos e em construir o DSC propriamente dito utilizando o Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD2). Para isso, copiamos todas as expressões-chave do mesmo agrupamento na coluna da expressão-chave do IAD2 e depois sequenciamos as expressões na coluna do DSC, utilizamos alguns conectivos e eliminamos os particularismos, obtendo como produto a narrativa do DSC.

FIGURA 10 - Construção do DSC.

INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2 – IAD2

IC1- ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
P1- Eu entendo que é um meio de prevenir algumas doenças. P3- É algo que vai promover a saúde dentro da comunidade, que vai prevenir os adoecimentos, em vez de tratar apenas as doenças. P4-É uma estratégia pra ajudar no sentido de prevenção G2 É promover a saúde. É a equipe trabalhar de acordo com a sua área, de acordo com a sua demanda, promovendo a saúde. G3- É um programa voltado pra prevenção	*É uma estratégia pra ajudar no sentido de prevenção. É algo que vai promover a saúde dentro da comunidade, um programa voltado para prevenção, que vai prevenir os adoecimentos, em vez de tratar apenas as doenças. É a equipe trabalhar de acordo com a sua área, de acordo com a sua demanda, promovendo a saúde e é um meio de prevenir algumas doenças.* ,

FONTE: LEFEVRE; LEFEVRE, 2005.

As categorias do DSC que emergiram das entrevistas realizadas na fase exploratória foram analisadas subsidiadas pela literatura vigente e pela fundamentação teórica deste estudo.

4.6 Considerações éticas e legais do estudo

Essa pesquisa obedeceu aos preceitos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS), que dispõe sobre a pesquisa que envolve os seres humanos (BRASIL, 2013b).

Essa pesquisa zelou pelo princípio da não maleficência, beneficência, justiça e autonomia e foi previamente submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri (URCA), sendo aprovado mediante o parecer número 3.203.082 de 13 de março de 2019.

A permissão para a realização na intervenção foi obtida junto à Secretaria Municipal de Saúde através de carta de anuência institucional (ANEXO A).

A emissão do consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C) indicou a anuência do sujeito da pesquisa e explicou de maneira completa e pormenorizada a natureza da pesquisa, a justificativa, os objetivos e os procedimentos utilizados.

Foi assegurada a liberdade do sujeito em se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e a garantia do sigilo que preservou a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Para garantir a confidencialidade das informações dos sujeitos seus nomes foram preservados e substituídos por siglas na construção da fala do DSC, utilizamos (U) para usuários, (P) para profissionais e (G) para gestores.

Os usuários que desejaram participar voluntariamente da pesquisa assinaram o termo pós-esclarecido (APÊNDICE D) após a leitura minuciosa do termo de consentimento.

Destacamos que as fotos divulgadas no capítulo 6 desta dissertação foram previamente autorizadas pelos envolvidos.

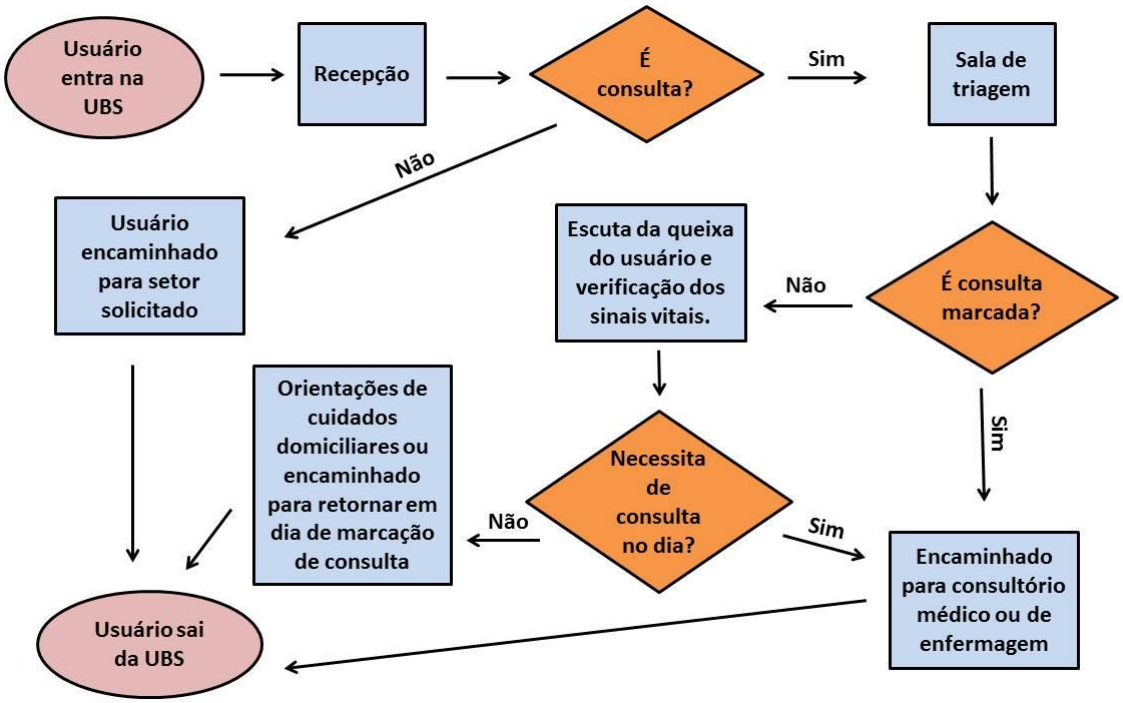
Respeitando o compromisso social desta pesquisa nos comprometemos a apresentar o relatório final às instituições envolvidas e encaminhar os resultados para publicações com os devidos créditos aos pesquisadores e participantes envolvidos.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Análise da demanda por atendimento na unidade de saúde do km 25, Petrolina-PE.

Esse capítulo se propôs a caracterizar o perfil da demanda por atendimento espontâneo e programado na Unidade Básica de Saúde (UBS) do km 25. Contudo, antes de apresentar os dados, para uma melhor compreensão do leitor, fez-se necessário uma descrição prévia do itinerário dos usuários dentro da UBS, assim como da operacionalização do sistema de registro de atendimentos pelos profissionais que os assistem.

FIGURA 11- Fluxograma do itinerário do usuário dentro da Unidade de Saúde do km 25



FONTE: Construída pela autora, 2019.

De acordo com o fluxograma apresentado na Figura 11, o usuário ao entrar na UBS se direciona a recepção, o recepcionista verifica a necessidade do usuário, se a procura for motivada por atendimento clínico ele coloca o nome no sistema como consulta agendada ou demanda espontânea, a depender do caso, e encaminha para triagem. Se a procura pelo serviço for motivada por outra necessidade como, por exemplo, vacinação, aquisição de medicamentos, entre outros, o usuário é encaminhado para o setor desejado.

Na sala de triagem, o técnico de enfermagem visualiza o motivo da consulta; se é consulta agendada, verifica os sinais vitais e direciona no sistema o usuário para o profissional que realizará o atendimento. Se for demanda espontânea, a queixa do usuário é escutada, os sinais verificados e a depender do caso, o técnico realiza a classificação de risco e encaminha o usuário para consulta do dia, ou orienta cuidados domiciliares, ou solicita que o usuário retorne a UBS em dia de marcação para agendar uma consulta.

Em relação ao quantitativo de atendimento, observou-se a partir dos dados coletados nos relatórios do e-SUS utilizando a funcionalidade relatórios: relatório de atendimento individual que no primeiro trimestre de 2019 foram realizados 2.200 consultas, sendo 558 por demanda agendada, 301 por demanda espontânea e um total de 1.341 de escuta inicial com orientação.

TABELA 1- Quantitativo de consultas no primeiro trimestre de 2019 da equipe II do km 25 de acordo com o relatório individual por equipe do e-SUS.

	Janeiro 2019	Fevereiro 2019	Março 2019	Total
Total de consultas	831	777	592	2.200
Consultas agendadas	188	229	141	558
Consulta do dia	124	85	92	301
Escuta inicial com orientação	519	463	359	1.341

Fonte: dados do e-SUS: relatório individual mensal por equipe, 2019.

Contudo, no processo de análise dos dados, a partir do cruzamento dos registros entre as várias funcionalidades do sistema, comparando-os com os números registrados no livro de demanda, verificou-se que as informações obtidas não condiziam com o quantitativo de pessoas atendidas na unidade.

Isso aconteceu por vários motivos, entre eles, porque a unidade não dispunha de internet local, sendo os dados processados por um funcionário da Secretaria de Saúde que os exportavam por meio de pen-drive em datas aleatórias. Em março, por exemplo, os dados foram processados em 21\03\2019 sendo que os

atendimentos posteriores a essa data não foram computados na avaliação do trimestre.

Outra inconsistência encontrada foi no dado referente à escuta inicial com orientação e que inviabilizou o uso do relatório individual de atendimentos para quantificar o número de atendimentos da equipe. Percebeu-se que o quesito escuta inicial com orientação não traduzia o número de pessoas que procuravam o serviço e eram liberados com orientações de cuidados domiciliares; na tabela I esse dado refere-se à produção do técnico de enfermagem, isto é, pessoas que tiveram sinais vitais verificados ao serem encaminhados para atendimento por consulta agendada e para consulta do dia mais o quantitativo de pessoas que foram ouvidas pelo profissional técnico e liberadas com orientação de cuidados domiciliares ou encaminhados para marcação de consulta. Isso provocou uma duplicidade de dados refletindo em um número total de consulta que não condizia com a realidade.

Outro problema identificado percebido no quesito escuta inicial com orientação foi que há uma mistura de dados entre a equipe I e a equipe II. Isso ocorreu porque só existe um computador na sala de triagem e, algumas vezes, os técnicos não realizavam a troca da senha de acesso para o registro dos dados na equipe correspondente. Essa constatação só foi possível de se chegar após analisar a produção individual de cada funcionário o que revelou o motivo da inconsistência de dados.

Diante desses achados e buscando conhecer a demanda dessa equipe com mais precisão recorremos a outras funcionalidades do e-SUS. Utilizou-se a ferramenta filtro de atendimentos para quantificar o número de atendimentos agendados realizados por médicos e enfermeiro no trimestre de 2019. A esses dados, foram adicionados os registros encontrados no livro de demanda espontânea que além de mostrar as pessoas que buscaram o serviço de maneira não programada e são encaminhadas para consultas no dia; mostra, também, as pessoas que procuraram o serviço e não foram atendidos por profissionais de nível superior, deixando a unidade com orientação de cuidados domiciliares por profissional de nível técnico.

Ressalta-se que embora outros profissionais de nível superior atendam na unidade como, por exemplo, psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta, os dados não aparecem nessa análise porque são registrados, por questões burocráticas do município, em outro sistema não vinculado ao e-SUS. Os dados referentes a

atendimento odontológico também foram excluídos porque a unidade estava sem dentista nos meses de janeiro e fevereiro de 2019.

Refazendo a análise, utilizado os critérios anteriormente descritos, foi possível obter dados mais fidedignos. Assim os dados da Tabela 1 foram editados e a partir da junção das informações coletadas na ferramenta filtro do e-SUS e no livro de demanda, conseguiu-se chegar aos seguintes achados:

TABELA 2- Quantitativo de atendimentos no primeiro trimestre de 2019 da Equipe II da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do km 25.

	Janeiro 2019	**Fevereiro 2019**	**Março 2019**	**Total**
Consultas agendadas	204	226	260	690
Consulta do dia	133	79	145	357
Escuta inicial com orientação	108	47	72	227
Total de atendimentos	**445**	**352**	**477**	**1.274**

Fonte: dados do e-SUS: filtro de atendimentos e livro de demanda espontânea, 2019.

Na Tabela 2, as consultas agendadas referem-se às consultas médicas e de enfermagem coletadas na ferramenta filtro de atendimentos e-SUS totalizando 690 atendimentos no trimestre.

Consulta do dia refere-se à quantidade de pessoas que procuraram o serviço por demanda espontânea e que foram atendidas por médico e enfermeiro. Esse dado foi coletado na ferramenta filtro do e-SUS selecionando a opção demanda espontânea e avaliando a produção de profissionais de nível superior (médico e enfermeiro). O quantitativo foi confirmado pela análise dos registros do livro de demanda.

Já a escuta inicial com orientação na Tabela 2, diferente da Tabela 1, refere às pessoas que procuraram o serviço por demanda espontânea e não passaram por atendimento médico e de enfermagem, deixando o serviço com orientação de cuidados domiciliares por nível técnico ou com recomendação de agendamento de consulta. Foi possível se chegar a esse dado quantificando a produção diária dos técnicos de enfermagem da equipe e excluindo o quantitativo de pessoas que

passaram por consulta (agendada e\ou dia) e as que adentraram no serviço apenas para realizar procedimentos (retirada de pontos, curativos, verificação de glicemia, pressão arterial, etc). O quantitativo achado foi confirmado pela análise do livro de demanda. Assim tivemos um total de 227 pessoas.

Em relação à demanda espontânea foi possível se chegar a um total de 584 atendimentos ao somar número de atendimentos do dia e de escuta com orientação.

Fica evidente, com a análise dos dados, que há uma procura expressiva de serviços de saúde de maneira não programada na unidade de saúde do km 25, visto que, no trimestre estudado, a despeito das férias do médico e da enfermeira, foram realizadas 690 consultas de maneira programada e 584 procura por atendimento motivado por demanda espontânea, o que corresponde a um total 45,8%.

Analisando a demanda espontânea isoladamente e sabendo que 584 pessoas procuraram atendimento médico e\ou de enfermagem de maneira não programada no primeiro trimestre de 2019; observa-se um percentual de 61,1% de procura se converteram em consulta do dia e 38,9% deixaram a UBS como orientação de cuidados domiciliares por nível técnico. Isso denota que a maioria dos casos de procura por atendimento do dia é por causas agudas com queixas e sintomas que precisam de atendimento imediato.

Texeira (2014) e Campos (2016) em seus estudos sobre demandas na ESF reconhecem as dificuldades do processo de trabalho para direcionar os atendimentos da demanda espontânea e conciliá-los com os atendimentos agendados e dizem que a sistematização e a organização dos atendimentos na ESF é um dos grandes desafios enfrentados na Atenção Básica.

Embora, a princípio, os dados dos relatórios individuais de atendimentos não refletissem com precisão o quantitativo dos atendimentos realizados pela equipe, foi possível caracterizar o perfil sociodemográfico das demandas (programada/espontânea) tomando por base o sexo e a faixa etária encontradas nesses relatórios.

Assim, é possível dizer, de acordo com a Tabela 3, que o público que procura o serviço de saúde é predominantemente feminino compreendido entre a faixa etária de 20 a 34 anos.

Esse achado corroboram com os estudos de Texeira (2014), Santos e Ribeiro (2015), Heredia (2016), Guibu et al. (2017), Arruda, Maia e Alves (2018) que caracterizaram o perfil sociodemográfico do usuário atendido na ESF e

comprovaram que a procura por atendimento é maior pelas mulheres com idades de 20 a 39 anos.

TABELA 3- Caracterização da demanda geral da UBS km 25, equipe II, por sexo e faixa etária no primeiro trimestre de 2019.

IDADE	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Menor de 1 ano	115	117	232
1 ano	28	51	79
2 anos	11	26	37
3 anos	13	14	27
4 anos	8	18	26
5-9 anos	45	42	87
10-14 anos	41	61	102
15-19 anos	21	141	162
20-24 anos	32	241	273
25-29 anoa	20	248	268
30-34 anos	24	232	256
35-39 anos	37	121	158
40-44 anos	38	99	137
45-49 anos	15	87	102
50-54 anos	20	67	87
55-59 anos	18	32	50
60-64 anos	9	14	23
65-69 anos	16	7	23
70-74 anos	22	9	31
75 a 79 anos	7	20	27
Mais de 80 anos	6	7	13
TOTAL	546	1.654	2.200

Fonte: e-SUS relatório de atendimento individual, 2019.

Buscando compreender com mais detalhe o perfil sociodemográfico da demanda espontânea, que é a problemática estudada nesta dissertação, e analisando os dados do livro de registro de demanda foi possível afirmar que a busca por atendimentos em saúde de forma não programada é em sua maioria também por pessoas do sexo feminino e que residem na vila, isto é, nas proximidades da unidade de saúde. Esse achado está descrito na Tabela 4 onde dos 584 registros de demanda espontânea no primeiro trimestre de 2019, foram analisados 548 e excluídos 36 por registros incompletos.

TABELA 4- Descrição da demanda espontânea da UBS do km 25, equipe II.

	Janeiro 2019	Fevereiro 2019	Março 2019	TOTAL
Registros	241	126	217	584
Registros considerados nessa análise	221	116	211	548
Masculino	80	35	96	211
Feminino	141	81	115	337
Vila	127	75	90	292
Áreas de irrigação	60	28	64	152
Área Descoberta	34	13	57	104

Fonte: Livro de demanda da UBS km 25, 2019.

Contudo, ao compararmos a proporção de atendimentos por sexo em relação à quantidade geral de atendimentos e a quantidade por demanda espontânea, verificamos que há um aumento na procura de atendimento por demanda espontânea no sexo masculino como se verifica no Quadro 2.

QUADRO 2- Porcentagem de procura por atendimento em relação ao sexo em análise comparativa entre a ferramenta do e-SUS e livro de demanda espontânea

	e-SUS: Relatório de atendimento individual	Livro de demanda
Total de atendimentos	2.200	548
% sexo masculino	**24,8%**	**38,5%**
% sexo feminino	75,2%	61,5%

Fonte: e-SUS e livro de demanda, 2019.

Estudos que avaliam a atenção à saúde do homem nas UBS dizem que barreiras socioculturais e institucionais são responsáveis pelo baixo número de atendimentos ao público masculino. A disseminação da ideia de que os serviços de saúde são quase que exclusivamente para mulheres, crianças e idosos e a inexistência e\ou não valorização de programas específicos para homens na organização das agendas de atendimentos das equipes contribuem para esse achado, sendo que normalmente os homens procuram o serviço com patologias instaladas ou queixas agudizadas (SANTOS; RIBEIRO, 2015; HEREDIA, 2016; ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018).

O fato dos atendimentos serem em sua maioria das pessoas que residem na vila, ou seja, nas proximidades da UBS, justifica-se pela dificuldade do acesso

geográfico. Assis e Jesus (2012) dizem que a distância entre a residência do usuário e o serviço, associada à escassez de transporte público, onde na maioria das vezes o usuário precisa fazer o percurso utilizando transporte escolar ou próprio ou até mesmo percorrendo longas distâncias a pé, dificultam a entrada no serviço de pessoas que residem longe da UBS.

Essa dificuldade também foi relatada no estudo de Arruda, Maia e Alves (2018) ao avaliar as dificuldades de acessibilidade à saúde entre áreas urbanas e rurais do Brasil.

Observa-se, ainda, de acordo com a Tabela 5 que em relação à faixa etária a análise da demanda espontânea seguiu o perfil anteriormente descrito para atendimento geral com predomínio de atendimentos na faixa etária entre 20 e 34 anos.

TABELA 5- Quantitativo de atendimento em relação à faixa etária em análise comparativa entre a ferramenta do e-SUS e o livro de demanda espontânea.

IDADE	e-SUS Total de atendimentos	Livro de demanda espontânea
Menor de 1 ano	232	49
1 ano	79	51
2 anos	37	20
3 anos	27	14
4 anos	26	15
5-9 anos	87	49
10-14 anos	102	29
15-19 anos	162	25
20-24 anos	273	64
25-29 anos	268	55
30-34 anos	256	47
35-39 anos	158	30
40-44 anos	137	34
45-49 anos	102	12
50-54 anos	87	14
55-59 anos	50	10
60-64 anos	23	5
65-69 anos	23	8
70-74 anos	31	6

75 a 79 anos	27	6
Mais de 80 anos	13	5
TOTAL	2.200	548

Fonte: e-SUS e livro de demanda, UBS km 25, 2019.

Quanto aos principais motivos de procura por serviço de saúde oriundo de demanda espontânea encontramos os seguintes dados, adotando a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) para classificar as queixas:

QUADRO 3- Especificação do número de atendimento por queixa referida no primeiro trimestre de 2019, UBS km 25.

CIAP2	Janeiro 2019	Fevereiro 2019	Março 2019	Total
Procedimentos	2	1	0	3
Geral e inespecífico	38	15	14	**67**
Sangue, sistema hematopoético, linfático, baço	1	0	0	1
Digestivo	49	47	23	**119**
Olho	10	7	4	21
Ouvido	1	3	3	7
Circulatório	4	2	3	9
Músculo-esquelético	21	8	10	39
Neurológico	13	13	2	28
Psicológico	2	0	2	4
Respiratório	34	30	25	**89**
Pele	25	15	3	43
Endócrino-metabólico-nutricional	1	1	0	2
Urinário	2	3	0	5
Gravidez, parto, planejamento familiar	3	6	3	12
Genital Feminino	10	3	4	17
Genital Masculino	1	0	0	1
Problemas sociais	0	0	0	0
Outros	4	6	7	17

Fonte: Livro de demanda do UBS km 25, 2019.

A CIAP é um sistema de classificação e diagnóstico que considera a perspectiva do paciente, sentimentos, expectativas, problemas sociais e familiares, além das causas de morbimortalidades adotadas pelo Classificação Internacional de Doenças (CID). Teve sua primeira edição publicada em 1987 pela Organização Mundial dos Médicos de Família; foi revista em 1998, resultando na atual versão CIAP2, nessa versão foram incorporados os critérios de inclusão e exclusão para padronizar com o mapeamento do CID (SANTOS; RIBEIRO, 2015).

Santos e Ribeiro (2015) dizem que o CIAP2 é uma importante ferramenta utilizada para avaliar os indicadores da APS por revelar detalhadamente a demanda, evidenciando os principais motivos que levam as pessoas a procurar o serviço, os diagnósticos e os problemas mais comuns.

Assim, ao avaliar o motivo da procura por atendimento no livro de demanda e classificá-los a partir do CIAP2, constatou-se que os principais problemas de saúde que levam os usuários a procurarem atendimento na UBS estudada foram problemas do aparelho digestivo (vômito, diarreia, dor abdominal) com 119 atendimentos, seguido por problemas do aparelho respiratório (tosse, dor de garganta, dispneia) com 89 atendimentos e sintomas gerais e inespecíficos (dor) com 67 atendimentos.

Esse achado vai de encontro com outras pesquisas nacionais e internacionais apontadas em uma revisão integrativa realizada por Santos e Ribeiro (2015) que também avaliou as principais queixas referidas no atendimento dos serviços de saúde utilizando a padronização do CIAP2.

Embora o objetivo principal desta análise tenha sido o de caracterizar o perfil demográfico da demanda espontânea da equipe estudada, foi identificado, nessa etapa, outro problema que dificulta o processo de trabalho da equipe. A inconsistência de dados verificados no e-SUS revelou uma dificuldade em obter informações de indicadores de saúde, trazendo prejuízos para o planejamento e gerenciamento de ações assistenciais. Fato este, que precisa ser debatido posteriormente pela equipe a fim de buscar soluções para o problema encontrado.

5.2 Compreensão dos usuários, gestores e profissionais sobre o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família.

A partir da construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), foi possível verificar a compreensão dos usuários, gestores e profissionais sobre a Estratégia Saúde da Família e seu processo de trabalho, dimensionamento da demanda espontânea e gestão participativa nos serviços de saúde. As Ideias Centrais (IC) de cada questionamento são apresentadas tendo como ponto de partida as narrativas e seguindo a sequência do roteiro de entrevista.

As categorias que emergiram das falas são apresentados utilizando o recurso do quadro síntese proposto por Lefévre e Lefévre (2014).

QUADRO – SÍNTESE
QUESTÃO 1: O QUE VOCÊ ENTENDE POR ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?

Ideias centrais

Estratégia de prevenção de doenças e promoção da saúde	Estratégia de melhoria da saúde da população	Estratégia de aproximação do serviço e da comunidade	É o cuidado de saúde no contexto familiar

IC1- **Estratégia de prevenção de doenças e promoção da saúde.**

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
P1- Eu entendo que é um meio de prevenir algumas doenças. P3- É algo que vai promover a saúde dentro da comunidade, que vai prevenir os adoecimentos, em vez de tratar apenas as doenças. P4- É uma estratégia pra ajudar no sentido de prevenção G2 É promover a saúde. É a equipe trabalhar de acordo com a sua área, de acordo com a sua demanda, promovendo a saúde. G3- É um programa voltado pra prevenção	*É uma estratégia pra ajudar no sentido de prevenção. É algo que vai promover a saúde dentro da comunidade, um programa voltado para prevenção, que vai prevenir os adoecimentos, em vez de tratar apenas as doenças. É a equipe trabalhar de acordo com a sua área, de acordo com a sua demanda, promovendo a saúde e é um meio de prevenir algumas doenças.*

IC2 - **Estratégia de melhoria da saúde da população (ancoragem).**

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
P2- Foi um estudo que foi feito para uma organização de um atendimento à população; é isso que eu entendo por estratégia para melhorar, uma saúde melhorada para a população. P4- É uma estratégia de melhoria da saúde, veio pra estender mais as questões de exames, de consultas. G1- É um programa de saúde que veio para oferecer uma melhor qualidade de saúde às pessoas dando acesso e garantindo a universalidade dos serviços. G3 - Pra melhoria de atendimento da comunidade	*É um programa de saúde que veio para oferecer uma melhor qualidade de saúde às pessoas dando acesso e garantindo a universalidade dos serviços, proporcionando uma melhoria de atendimento à comunidade. É uma estratégia de melhoria da saúde que veio pra estender mais as questões de exames, de consultas, para uma organização de um atendimento à população. É isso que eu entendo por estratégia para melhorar, uma saúde melhorada para a população.*

IC3- **Estratégia de aproximação do serviço e da comunidade.**

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
P1- Foi um programa criado pra viabilizar o atendimento mais global, mais geral da comunidade dentro da sua realidade, pra ser o primeiro contato da população com a medicina, com a equipe que vai que vai cuidar da saúde. É o primeiro contato da população com o sistema de saúde, com a equipe de saúde. P4- É uma estratégia que veio pra facilitar o convívio das pessoas com o posto de saúde G2- É promover a saúde da população, trazendo a população para perto da gente, fazendo com que exista essa interação e a aceitação da população diante dos serviços independente da resolutividade final. G3- Aproximação do médico de família e do enfermeiro de família da comunidade U1- É uma saúde mais perto da casa da gente.	*É uma estratégia que veio pra facilitar o convívio das pessoas com o posto de saúde, proporcionando* a aproximação do médico de família e do enfermeiro de família da comunidade*. Foi criado pra viabilizar o atendimento mais global, mais geral da comunidade dentro da sua realidade, pra ser o primeiro contato da população com a medicina, com a equipe que vai cuidar da saúde. É o primeiro contato da população com o sistema de saúde, com a equipe de saúde. É uma saúde mais perto da casa da gente, em que existe essa interação e a aceitação da população diante dos serviços independente da resolutividade final.*

IC4- **É o cuidado de saúde no contexto familiar.**

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
U2- Estratégia de Saúde da Família se resume nos cuidados que os pais devem ter com seus filhos antes de se chegar na unidade de saúde como se alimentar na hora certa, lavar as mãos. U3- Saúde da Família num contexto completo envolve toda a família, o conjunto, o pai, a mãe, filhos e filhas que se localizem em um determinado lugar. U4- É os cuidados de saúde que devemos ter junto com nossa família	*Estratégia de Saúde da Família num contexto completo envolve toda a família; o conjunto, o pai, a mãe, filhos e filhas que se localizem em um determinado lugar. É os cuidados de saúde que devemos ter junto com nossa família. Saúde da família se resume nos cuidados que os pais devem ter com seus filhos antes de se chegar à unidade de saúde como se alimentar na hora certa, lavar as mãos.*

Barros (2014) diz que a Estratégia Saúde da Família tem como pressuposto o fortalecimento da Atenção Básica (AB) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), objetiva a reorganização das práticas assistenciais, substituindo o modelo tradicional de assistência curativista, tendo como prioridade ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Esmeraldo et al. (2017), corroboram com esse entendimento ao dizer que a ESF é um modelo contra hegemônico, substitutivo, que não desconsidera a cura, mas prioriza a promoção da saúde e a prevenção das enfermidades.

Analisando o DSC da IC1, percebe-se que a concepção de que a ESF é um meio de promoção à saúde e prevenção de doenças é notória no grupo dos profissionais, onde três dos quatro entrevistados apresentaram essa ideia central e também se fez presente no grupo dos gestores, mas não houve esse entendimento por parte dos usuários, haja vista que não foi citado por nenhum deles.

Esmeraldo et al. (2017) dizem que a compreensão dos usuários ainda está dominada pela influência do modelo hegemônico, médico-centrado, focado na doença, no biológico e na cura, dissociado do contexto social e do entendimento de prevenção e promoção.

O DSC da IC2 revela que a ESF é reconhecida por profissionais, gestores e usuários como uma melhoria para a população, sendo essa melhoria vinculada à facilidade de acesso e acessibilidade, ao aumento da oferta de exames e consulta, assim como a organização do atendimento.

A análise dos discursos tendo como premissas as teorias de Pierre Bourdieu principia com o entendimento de alguns conceitos entre eles de campo e capital.

Bourdieu, em suas obras, define campo como o universo no qual estão inseridos os agentes e as instituições que produzem ciência, em que se observa o monopólio pelo capital científico e pelo capital econômico, sendo, pois, espaço estruturado de posições (dominantes e dominados) em que há um interesse que é fundamental comum a todos os seus agentes (SILVA; DAVID, 2018).

> A utilização do conceito de campo social, como concebido por Pierre Bourdieu, tem a intenção de abarcar, como objeto de análise, um universo da realidade social no qual estão inseridos agentes e instituições que produzem e reproduzem e divulgam um conjunto de práticas sociais específicas (NEPOMUCENO; PONTES, 2015, p.292).

Partindo desse conceito, Silva e David (2018) pontuam que a sociedade é composta por vários campos, dotados de relativa autonomia e leis própria sendo a Atenção Básica considerada um deles.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) deixa claro que a ESF deve, a partir de uma atuação multidisciplinar, desempenhar ações de saúde individuais, familiares e coletivas, com ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (BRASIL, 2017a).

Contudo, sabe-se que antes do advento da ESF, as práticas assistenciais se configuravam sob a lógica do modelo biomédico e a gestão do cuidado pautava-se em ações pontuais e curativas tendo o médico como protagonista do cuidado (SILVA; DAVID, 2018).

Nesse contexto, analisar a AB e o processo de trabalho a partir das teorias bourdiesiana, de acordo com Silva e David (2018) implica em reconhecer a influência das relações sócio históricas dos modelos de atenção adotados no Brasil ao longo dos anos:

> Os modelos de atenção em saúde adotados ao longo do tempo emergiram como sendo responsáveis por orientar o campo da Atenção Básica, por determinar as características do mesmo, assim como por construir sentido sobre as ações desenvolvidas pelos agentes que nele atuam" (SILVA, DAVID, 2018 p. 129).

A ESF, em sua estruturação, trouxe uma nova reflexão, pautada na produção social da saúde que parece não ser ainda compreendido pelos usuários, profissionais e gestores dos serviços de saúde.

A análise dos DSC da pergunta 1 revelou que do ponto de vista cultural, há uma concorrência entre o modelo biomédico e a ESF que se revela no seguinte entendimento: a ESF é um meio de prevenção de doença e promoção de saúde mas seu reconhecimento como estratégia de melhoria da saúde e de aproximação entre serviço e comunidade está vinculada ao aumento da oferta de exames e de consultas médicas.

Miranda, Silva, Souza (2019), dizem que sob influência sociocultural do modelo biomédico, os direitos de saúde exigidos pelos usuários dizem respeito, hegemonicamente, ao poder de consumo de recursos médico-tecnológicos como exames, consultas e medicamentos.

Mendes (1999) em seus estudos sobre sistemas de saúde, dizia que nas práticas assistenciais muitas vezes “o velho se mistura com o novo”. Essa dualidade do sistema também foi mencionada por Silva Junior (2006) e, atualmente, reafirmada por Esmeraldo et al. (2017) em seu estudo intitulado: Tensão entre o modelo biomédico e a Estratégia Saúde da Família, onde reafirmaram que os dois modelos acabam concorrendo entre si, dificultando a mudança cultural, não só dos usuários como também dos trabalhadores de saúde. Isso está evidente na expressão chave da fala do P4 do IC2 e na expressão chave da fala do P1 do IC3.

O discurso referente à IC3 deixa explícito que culturalmente há uma valorização da medicina em relação às demais profissões que integra a ESF.

Analisando esse discurso sob a teoria das relações de poder dentro do campo social mencionado por Bourdieu, verifica-se que embora a PNAB traga a dimensão da assistência multiprofissional e que em parte esse entendimento seja apresentado no discurso, parece ainda existir uma sobreposição de poder da medicina em relação às outras profissões ao dizer que a ESF “*foi criado pra viabilizar o atendimento mais global, mais geral da comunidade dentro da sua realidade, pra ser o primeiro contato da população com a medicina, com a equipe que vai que vai cuidar da saúde”.*

Nepomuceno e Pontes (2015, p.293) dizem que “estudar o campo da ESF é voltar-se para compreender as relações de poder existentes no espaço de construção social das práticas de saúde nos Centros de Saúde da Família”.

Por fim, o DSC da IC4 revela um dado preocupante. Apesar de já terem transcorrido 25 anos da criação da ESF pelo Ministério da Saúde (MS), a comunidade ainda não consegue compreender a essência desse modelo assistencial, associando o termo Saúde da Família aos cuidados domiciliares dos pais para com os filhos.

Infere-se, portanto, que além da influência cultura de modelos de saúde anteriores que interferem na compreensão do processo de trabalho da ESF por parte dos usuários, existe uma desinformação sobre esse novo modelo assistencial o que deixa evidente a necessidade de trabalhos educativos para explicar e disseminar o conhecimento da proposta de trabalho da ESF.

QUADRO – SÍNTESE
QUESTÃO 2: NA SUA OPINIÃO, QUAIS TIPOS DE ATENDIMENTOS DEVEM SER REALIZADOS NA ESF?

Ideias Centrais

ATENDIMENTOS PROGRAMADOS DE GRUPOS PRIORITÁRIOS COM A EQUIPE BÁSICA (MÉDICO, ENFERMEIRO E DENTISTA) COM APOIO DO NASF E ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA.	ATENDIMENTO CLÍNICO, ASSIM COMO REALIZAÇÃO DE EXAMES PARA OS MORADORES E PRODUTORES DA LOCALIDADE.

IC1- **Atendimentos programados de grupos prioritários com a equipe básica (médico, enfermeiro e dentista), com apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e atendimento à demanda espontânea.**

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
P1- Consulta médica, enfermeira, dentista, criança, adulto, saúde da mulher, saúde do homem, exames periódicos de prevenção. P2- Consultas agendadas de gestantes, crianças e também demanda espontânea, aonde o usuário chega falando de suas necessidades podendo ser atendido ou não no dia a depender do caso. P3- Atende gestante, criança, consulta de puerpério, pré-natal, hipertensão, diabetes, doenças mais endêmicas como hanseníase, tuberculose, saúde mental.	*Os programas preconizados pelo Ministério da Saúde: consultas agendadas com médica, com enfermeira e com dentista as criança, gestantes, adultos, consulta de pré-natal, puerpério, saúde da mulher, saúde do homem, planejamento familiar, HIPERDIA que é o acompanhamento da hipertensão e do diabetes, o programa do idoso, da saúde mental e procedimentos como imunização, dispensa de medicação, coleta de citológico, coleta de exames, pequenas cirurgias. Enfim, o cuidado do puerpério*

P4- médico, dentista, o NASF traz psicólogo, fisioterapia; gestante, hipertenso, criança. G1-.Os programas pré-natal, acompanhamento da gestante, HIPERDIA que é o acompanhamento hipertensivo, dentista. G2- Os programas preconizados pelo Ministério da Saúde, as atividades do NASF que veio agregar a ESF, o programa do idoso, da criança, o cuidado do puerpério até a morte. G3- atendimentos de enfermagem, atendimento médico, atendimento odontológico, as consultas de uma forma geral, com apoio do NASF na UBS, e procedimentos: imunização, dispensa de medicação, pequenas cirurgias, coleta de exames laboratoriais, coleta de citológico, os programas do ministério da saúde: a consulta de puericultura, pré-natal, planejamento familiar, hipertenso, tuberculose, hanseníase, enfim os atendimentos mais voltados para a prevenção e promoção dos agravos da comunidade. U4- os mais necessários: os hipertensos, as grávidas e as crianças.	*até a morte e doenças mais endêmicas como hanseníase, tuberculose, juntamente com as atividades do NASF que veio agregar a ESF apoiar as UBS trazendo psicólogo, fisioterapia. Além disso, a demanda espontânea, aonde o usuário chega falando de suas necessidades podendo ser atendido ou não no dia a depender do caso. Enfim os atendimentos mais necessários, voltados para a prevenção e promoção dos agravos da comunidade.*

IC2- **Atendimento clínico, assim como realização de exames para os moradores e produtores da localidade.**

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
U1- Todos os moradores, especialmente os produtores devem ter prioridade porque o projeto só funciona através de nós e nós não pode estar se deslocando toda hora daqui até a cidade. U2- Realização de exames de sangue, fezes e urina e todos os outros que são necessário sem precisar o pessoal se deslocar pra cidade, atendimento médico, dentista U3- Primeiro lugar clínico geral tem que ter para toda comunidade, odontologia do mesmo jeito para toda a comunidade, gestante.	*Primeiro lugar clínico geral tem que ter para toda comunidade, odontologia do mesmo jeito para toda a comunidade. Então é atendimento médico e de dentista, assim como realização de exames de sangue, fezes e urina e todos os outros que são necessários sem precisar o pessoal se deslocar pra cidade. Enfim, todos os moradores, gestantes, especialmente os produtores, devem ter prioridade porque o projeto só funciona através de nós e nós não pode estar se deslocando toda hora daqui até a cidade.*

A Política Nacional de Atenção Básica diz que a ESF é uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, que favorece uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2017a).

A ESF contempla um escopo de atendimentos de variados tipos e graus de complexidade, devendo ter a capacidade de intervir diante das demandas de maneira integral e resolutiva por meio de uma atuação multidisciplinar com foco nas necessidades dos usuários (BRASIL, 2017b).

A princípio, quando foi estruturada em 1994, ainda como Programa Saúde da Família (PSF), direcionava seu processo de trabalho para o atendimento a grupos específicos: saúde da mulher, saúde da criança, HIPERDIA, entre outros.

Atualmente, embora comtemplados na ESF, esses grupos são atendidos numa perspectiva de clínica ampliada em que a vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados e a assistência é realizada, de maneira interdisciplinar e intersetorial, valorizando não apenas os saberes clínicos, mas também o contexto social, econômico e familiar em que o usuário está inserido (BRASIL, 2017b).

Em relação aos tipos de atendimentos realizados na ESF, sabe-se que:

> Constitui-se em uma tática que tinha como prioridade as ações de promoção da saúde, prevenção, proteção e recuperação dos indivíduos e da família de forma longitudinal (do recém-nascido ao idoso), independente do estado de saúde (indivíduos sadios ou doentes), de forma integral, promovendo a continuidade do cuidado (SILVA ; DAVID, 2018, p.132).

Analisando o DSC a partir de suas expressões chaves, podemos verificar que há uma compreensão ampliada dos tipos de atendimento que devem ser realizados pela ESF por parte dos profissionais de saúde e dos gestores ao citarem os atendimentos programados de grupos prioritários com auxilio do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) e atendimento à demanda espontânea. Fato que não ocorre entre os usuários, onde o entendimento está muito voltado para a realização de exames e atendimento clinico aos moradores do projeto.

Bittencourt (2014) diz que as equipes de saúde necessitam depreender de estratégias de conciliação entre as expectativas da população adscrita quanto ao funcionamento do serviço e a missão da ESF.

Observa-se que embora os profissionais e gestores tenham uma compreensão melhorada em relação aos usuários, ainda está enraizada em suas concepções a ideia de atendimento por grupos específicos.

Sobre os tipos de atendimentos que devem ser realizados na ESF, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ (2017) orienta o processo de trabalho das equipes e diz que é necessário superar:

> A ideia de que as equipes de Atenção Básica devam atuar somente em áreas estratégicas (hipertensão arterial, diabetes, saúde da criança e a saúde da mulher) e reforça que esse serviço seja organizado também a partir das demandas de cuidado da população (consultas de cuidado continuado e de demanda espontânea, incluído o atendimento de urgências/emergências; realização de exames complementares; procedimentos clínicos e pequenas cirurgias). A adoção de estratégias que ampliam o escopo dos serviços ofertados passa também pela disponibilidade de especialidades na Atenção Básica, a exemplo dos Núcleos de Apoio a Estratégia Saúde da Família que atuam em conjunto com os profissionais da equipe de atenção básica, compartilhando e apoiando as práticas de saúde nos territórios (BRASIL, 2017b, p.13).

Apesar do atendimento à demanda espontânea ser uma das atribuições da ESF deve-se ressaltar que a Constituição Federal Brasileira enfatiza a necessidade de priorizar ações de prevenção e promoção da saúde, uma vez que o atendimento secundário por agravamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) onera o serviço de saúde (MIRANDA, SILVA; SOUZA, 2019).

Silva e David (2018, p. 129) dizem que “os modelos de atenção em saúde adotados ao longo do tempo emergiram como sendo responsáveis por orientar o campo da Atenção Básica, por determinar as características do mesmo, assim como por construir sentido sobre as ações desenvolvidas pelos agentes que nele atuam”.

Esse achado relaciona-se ao que Bourdieu chama de *Habitus*; que de acordo com Lopes, Andrade e Wisnesky (2017, p.739) “pode ser descrito como determinados agentes situados em determinado *campo* da sociedade, em dada conjuntura são influenciados pelas estruturas e tendem a reproduzi-las”.

> O *habitus* é, ao mesmo tempo, coletivo e individual, incorporando-se no agente de tal forma que é o próprio agente em um processo de interiorização, reproduzindo internamente nele as estruturas externas

> do mundo que está a vivenciar. O *habitus*, então, funcionaria como um esquema de ação, de percepção e de reflexão, que está presente no corpo e na mente, como em posturas e gestos e maneiras de ver e classificar da coletividade de um determinado campo (LOPES; ANDRADE; WISNESKY, 2017, p.739).

Dessa forma, observa-se que o *habitus* dos sujeitos está influenciado pelos modelos assistenciais e por sua história; sendo a compreensão dos usuários sobre o processo de trabalho da ESF ainda fundada no modelo biomédico dos exames e das consultas e a percepção dos gestores e profissionais também voltada para práticas do processo de implantação do Programa de Saúde da Família.

Nesta direção o estudo aponta a necessidade de provocar uma reflexão sobre as práticas e o entendimento dos sujeitos a fim de se obter estratégias que possam refletir no redirecionamento da demanda e na organização dos serviços de saúde.

QUADRO – SÍNTESE
QUESTÃO 3- COMO VOCÊ ACHA QUE DEVE SER A MARCAÇÃO DE CONSULTA NA ESF?

Ideias centrais das Expressões Chaves

O MAIS FREQUENTE POSSÍVEL PARA EVITAR TUMULTOS E DESGASTE DOS USUÁRIOS EM FILAS	NÃO EXISTE UMA MANEIRA IDEAL, VARIA DE ACORDO COM O PERFIL DA COMUNIDADE

Ideias centrais da ancoragem

RECONHECIMENTO DE QUE A DEMANDA AUMENTADA, ASSIM COMO A INFRAESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE IMPOSSIBILITA UMA MARCAÇÃO MAIS FREQUENTE NA ESF	RECONHECIMENTO DE QUE A PROBLEMÁTICA DA DEMANDA POR SERVIÇOS DE SAÚDE É CULTURAL

IC1 **– O mais frequente possível para evitar tumultos e desgaste dos usuários em filas.**

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
P1- o ideal era que fosse diária, a pessoa chegasse e ter a vaga. P2- aqui devido à demanda, quinzenal é melhor do que mensal.	*O ideal era que fosse diária, a pessoa chegasse e ter a vaga, ou de preferência de oito em oito dias. A gente está correndo atrás para enxergar uma*

P3- aqui temos um problema bem contundente em relação a isso, já tentamos de várias formas, parece que agora de quinze em quinze dias está se ajustando melhor. G2- A gente está correndo atrás para enxergar uma melhor forma, até para evitar o desgaste do paciente em fila, o desgaste do paciente indo de madrugada para as unidades de saúde. U1- Eu acredito que a marcação deve ser duas vezes ao mês para facilitar e evitar tumulto. U3- Acredito que a melhor maneira seria evitar fila de madrugadas. U4- por ficha de preferência de oito em oito dias.	*melhor forma, até para evitar o desgaste do paciente em fila, o desgaste do paciente indo de madrugada para as unidades de saúde. Aqui temos um problema bem contundente em relação a isso, já tentamos de várias formas, parece que agora de quinze em quinze dias está se ajustando melhor, quinzenal é melhor do que mensal. Eu acredito que a marcação deve ser duas vezes ao mês para facilitar e evitar tumulto. Certamente a melhor maneira seria evitar filas de madrugada.*

IC2- **Não existe uma maneira ideal, varia de acordo com o perfil da comunidade**.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
P3- Esse é um ponto bastante complexo porque cada unidade vai funcionar de um jeito, o que muitas vezes funciona pra um não funciona para outra. Eu acredito que não exista uma receita uma forma pela qual todas devem seguir porque é uma coisa bem particular de cada equipe e depende de vários fatores como tamanho da comunidade, quantidade de usuário, perfil e necessidades da comunidade. Não dá pra ser algo pré-definido. G1- Essa questão de marcação é muito problemática eu acredito que não há uma regra, cada unidade trabalha com uma marcação diferente de acordo com cada população. G2- O ideal eu acho que a gente nunca vai conseguir atingir. Infelizmente existe as limitações nessa questão de agendamento, principalmente o conselho de medicina, ele preza muito pela questão do quantitativo de atendimento diário aí a gente acaba nos limitando, embora uma questão de urgência é óbvio ninguém vai deixar de atender mas existe	*Não tem uma fórmula exata, já vi possibilidade de atender de acordo com a demanda, a pessoa vai chegando e vai agendando, mas esse é um ponto bastante complexo porque cada unidade vai funcionar de um jeito, o que muitas vezes funciona pra um não funciona para outra. Eu acredito que não exista uma receita, uma forma pela qual todas devem seguir porque é uma coisa bem particular de cada equipe e depende de vários fatores como tamanho da comunidade, quantidade de usuário, perfil e necessidades da comunidade. Não dá pra ser algo pré-definido. Essa questão de marcação é muito problemática. Não há uma regra! Cada unidade trabalha com uma marcação diferente de acordo com cada população. O ideal eu acho que a gente nunca vai consegui atingir. Infelizmente existe as limitações nessa questão de agendamento, principalmente o conselho de medicina, ele preza muito pela questão do quantitativo de atendimento*

também essa questão das limitações. U2- Não tem uma fórmula exata, já vi possibilidade de atender de acordo com a demanda, a pessoa vai chegando e vai agendando.	*diário, aí a gente acaba nos limitando, embora uma questão de urgência é óbvio ninguém vai deixar de atender, mas existe também essa questão das limitações.*

IC3 **- Reconhecimento de que a demanda aumentada, assim como a infraestrutura dos serviços de saúde impossibilita uma marcação mais frequente na ESF (ancoragem).**

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
P1- o ideal era que fosse diária, a pessoa chegasse e ter a vaga, só que aqui não da certo porque a demanda é muito grande. P2- Marcar semanal não tem como porque além dos agendados ainda tem as demandas. P3- Porque no nosso caso deixar a demanda livre para marcar todos os dias não tem como já que a quantidade de vaga por profissional não consegue contemplar toda a comunidade pelo fato de que existe uma população duas vezes maior para cada equipe. P4- É difícil porque cada cabeça vai querer ser atendido de acordo com sua necessidade, mas a demanda é muito grande. G1- Se você tem uma oferta menor que a demanda fica bem complicado. U2- Mas não funciona devido à infraestrutura muito pequena U3- Mas aqui no km 25 devido à demanda é inviável	*O ideal era que fosse diária, a pessoa chegasse e ter a vaga, só que aqui não da certo porque a demanda é muito grande e também a infraestrutura muito pequena. Marcar semanal também não tem como porque além dos agendados ainda tem as demandas. No nosso caso deixar a demanda livre para marcar todos os dias não tem como já que a quantidade de vaga por profissional não consegue contemplar toda a comunidade pelo fato de que existe uma população duas vezes maior para cada equipe. É difícil! Porque cada cabeça vai querer ser atendido de acordo com sua necessidade, mas a demanda é muito grande. Se você tem uma oferta menor que a demanda fica bem complicado. Por isso aqui no km 25 devido à demanda é inviável uma marcação mais frequente.*

IC4- **Reconhecimento de que a problemática da demanda por serviços de saúde é cultural (ancoragem).**

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
P4- É difícil porque cada cabeça vai querer ser atendido de acordo com sua necessidade. G3- Fora que deve haver uma educação com a população pra se entender o que	*É difícil porque cada cabeça vai querer ser atendido de acordo com sua necessidade eu acredito que a comunidade tem responsabilidade nisso, a comunidade devia ver caso a caso, se*

é urgência e o que não é urgência; para que daí se possa ter um agendamento programado. U1- Eu acredito que a comunidade tem responsabilidade nisso, a comunidade devia ver caso a caso, se eu fui consultado nesse mês não deveria vim no outro mês desnecessariamente.	*eu fui consultado nesse mês não deveria vim no outro mês desnecessariamente. Fora que deve haver uma educação com a população pra se entender o que é urgência e o que não é urgência; para que daí se possa ter um agendamento programado.*

Houve uma dificuldade entre os sujeitos para responder a essa pergunta, mas em geral, profissionais usuários e gestores reconheceram que não existe uma fórmula adequada para realizar a marcação de consultas na ESF e que isso varia de acordo com o perfil da comunidade.

Silva e David (2018) defendem que as práticas desenvolvidas pelos profissionais devem ser planejadas e desenvolvidas tendo como referência o perfil demográfico da população, os determinantes da saúde, o estudo da demanda.

A PNAB destaca que a ESF deve atender as necessidades da população adscrita proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo, sendo que, para isso, as equipes devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal e de fácil acesso (BRASIL, 2017a).

Sobre a marcação de consultas na ESF, o DSC da IC1 diz que o ideal seria o mais frequente possível, de preferência diária, para evitar tumultos dos usuários em fila de espera.

A Política Nacional de Humanização (PNH) defende que o acesso ao sistema deve ser pensado vislumbrando a melhoria da qualidade do modelo de saúde e objetivando a redução de filas e tempo de espera (BRASIL, 2013a).

Rocha (2017, p. 18) diz que “a fila e a cota de consultas do dia, além de submeterem as pessoas à espera em situação desconfortável e sem garantia de acesso, são muitas vezes o contrário do princípio da equidade, na medida em que o critério mais comum de acesso, nesses casos, é a ordem de chegada”.

O DSC da IC2 corrobora com a ideia de não existir uma fórmula ideal para marcação de consulta na ESF, menciona que o ideal sobre marcação de consultas na ESF é algo inatingível devido a algumas limitações e cita a delimitação do quantitativo de atendimento diário pelo conselho de medicina como exemplo.

Analisando esse discurso sobre a teoria de Bourdieu, o campo da Atenção Básica é descrito como hierarquizado e conflituoso tendo o profissional médico como destaque e influenciador dos processos de trabalho:

> Essa hierarquização marca o processo de trabalho da ESF com um conjunto de privilégios e regalias da categoria médica na organização de uma agenda de trabalho e de favorecimentos quando da definição das condições de trabalho e contratação (NEPOMUCENO; PONTES, 2015, p.298).

Em relação aos profissionais de medicina, Villa et al. (2015) dizem que o médico, como ator do campo da Atenção Básica, concentra o poder do diagnóstico e da intervenção terapêutica, cumprindo uma autoridade técnico científica. Os usuários por sua vez por possuir um capital simbólico e econômico menor no campo da AB, exerce menos influência na organização do serviço.

> Atenção Básica pode ser considerada como um campo estruturado por diferentes posições que são determinadas pelos diferentes agentes que atuam na mesma. Ressalte-se, no entanto, que nesse campo, o agente social que está sempre mais fragilizado e à mercê dos jogos e disputas reais ou simbólicas dos demais atores é constituído pela população usuária do SUS, cuja capacidade de influir nos processos que caracterizam o campo tem sido bastante limitada (SILVA; DAVID, 2018, p. 139).

A construção do DSC utilizando a ideia central da ancoragem IC3 nos mostrou que todos os sujeitos reconhecem que uma demanda aumentada inviabiliza uma marcação mais frequente de consultas na ESF a isso se soma a problemática da infraestrutura que não suporta acomodar um número maior de pessoas que buscam atendimento.

A PNAB recomenda que cada equipe de ESF deve atender de 2.000 a 3.500 pessoas, podendo esse parâmetro populacional variar para mais ou para menos do recomendado conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária (BRASIL, 2017a).

Sobre a infraestrutura, a PNAB diz ser de responsabilidade comum de todas as esferas de governo garantir um espaço adequado para o funcionamento das unidades básicas de saúde:

> A infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de

> equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados (BRASIL, 2017a, P.10).

O DSC construído a partir do IC4 evidencia que tanto profissionais como usuários associam a problemática da demanda a fatores culturais.

> Qualquer tipo de julgamento é influenciado pelo meio sociocultural dos indivíduos, dependendo de relações intersubjetivas. Sendo assim, as definições de saúde guardam a marca dos ideais e das condições concretas de vida de uma sociedade (MIRANDA, SILVA, SOUZA; 2019 p.6).

Como visto anteriormente, a ESF tem uma proposta de trabalho voltado para as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde e propicia ao profissional de saúde uma visão mais ampliada da família, trabalhando com base territorial e perfil epidemiológico. Contudo, sobre influência do modelo biomédico, os usuários parecem não ter esse entendimento e buscam o serviço frequentemente para resolver casos pontuais.

> A Estratégia de Saúde da Família enfrenta desafios tão grandes quanto a abrangência de seus objetivos. O cotidiano do trabalho é compartilhado com profissionais e usuários que, concretamente, vivem numa sociedade caracterizada pelo individualismo, alta competitividade, culto da imagem, enaltecimento do consumo e da acumulação de bens, capital e poder. (MIRANDA, SILVA, SOUZA, 2019, p.2).

Esmeraldo et al. (2017) apontam problemas relacionados à compreensão do usuário em relação a proposta de trabalho da ESF devido a influência cultural do modelo biomédico:

> O fato de haver dois modelos dentro do mesmo espaço, e predominantemente o biomédico, só contribui para fortalecer e alimentar a cultura segundo a qual a maioria dos usuários ainda tem de buscar assistência apenas quando doentes, visando unicamente resolver aquela queixa de maneira pontual. Dessa forma, resulta numa supervalorização no atendimento clínico em detrimento das outras ações. Caracteriza-se, assim, uma forte limitação nas ações de APS, tendo em vista que somente a clínica não garante impacto nas condições de saúde (ESMERALDO et al; 2017, p.102)

A sociologia de Bourdieu contempla essa situação ao explicar que o individuo tende a reproduzir percepções e comportamentos construídos e assimilados ao logo

do tempo e que somente por meio de novos conhecimentos e de novas percepções seria possível adquirir um novo *habitus* e ressignificar práticas comportamentais. Nisso está o desafio da ESF romper as barreiras culturais que atrelam a assistência a práticas biomédicas e reconfigurar o *habitus* não só dos usuários, mas também dos profissionais e gestores no Campo da Atenção Básica.

QUADRO – SÍNTESE
QUESTÃO 4- EM SUA OPINIÃO, O QUE A EQUIPE DE SAÚDE DO KM 25 DEVE FAZER PARA CONCILIAR O ATENDIMENTO DA DEMANDA PROGRAMADA COM A DEMANDA ESPONTÂNEA?

Ideias centrais

DIFICULDADE EM EMITIR UMA RESPOSTA (ANCORAGEM)	AUMENTAR O NÚMERO DE EQUIPES, MELHORAR A INFRAESTRUTURA, REALIZAR TRIAGEM QUALIFICADA E PRIORIZAR OS ATENDIMENTOS DOS GRUPOS PRIORITÁRIOS SEM NEGLIGENCIAR A DEMANDA ESPONTÂNEA	EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE A PROPOSTA DE TRABALHO DA ESF

IC1**- Dificuldade em emitir uma resposta (ancoragem).**

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
P1- Não sei responder, porque já aumentamos o numero de agendados no dia, diminuímos o tempo entre as marcações pra vê se diminui as urgências já que a comunidade vai ter mais oportunidade de conseguir um agendamento. P2- A equipe precisa vê se o caso da pra esperar ou não. É difícil, Porque isso já fazemos também! P3- Mas aqui é complicado fazer acolhimento por nível superior porque retirar o profissional do atendimento pra ficar só na triagem pioraria a situação. Isso dá pra acontecer em outras unidades, mas aqui como já citado existe uma população que é o dobro para cada equipe de saúde.	*É muito difícil essa questão de atendimento espontâneo, porque todo mundo quer ser atendido, ninguém quer esperar. É difícil responder essa pergunta viu! Eu realmente não sei responder, porque já aumentamos o numero de agendados no dia, diminuímos o tempo entre as marcações pra vê se diminui as urgências já que a comunidade vai ter mais oportunidade de conseguir um agendamento. Precisaria vê se o caso da pra esperar ou não. É difícil, Porque isso já fazemos também! Na verdade, aqui é complicado fazer acolhimento por nível superior porque retirar o profissional do atendimento pra ficar só na triagem pioraria a situação. Isso dá pra*

P4- Eu não consigo vê como melhorar agora não. Eu realmente não sei o que fazer! Tantos acamados precisando de visita e não tem como o enfermeiro como a médica chegar é muito difícil eu não sei o que fazer pra conciliar isso. Eu também não sei se aumentar o número de profissionais resolve, tudo bem que a comunidade aumentou mais quando eu comecei a trabalhar era só uma enfermeira, uma recepção, uma técnica um médico que nem vinha atender todos os dias e as coisas parecia funcionar melhor. Agora a demanda realmente aumentou muito, antes pré-natal era uma vez no mês a enfermeira vinha de fora e agora tendo médico e enfermeira todo dia parece não dá conta. G2- É muito difícil essa questão de atendimento espontâneo, porque todo mundo quer ser atendido, ninguém quer esperar. É difícil responder essa pergunta viu! U2- Eu não sei lhe dizer como fazer eu acho que o ideal é sentar com todos os profissionais da área e discutir pra vê uma melhor maneira de agregar.	*acontecer em outras unidades, mas aqui como já citado existe uma população que é o dobro para cada equipe de saúde. Eu não consigo vê como melhorar agora não. Eu realmente não sei o que fazer! Tantos acamados precisando de visita e não tem como o enfermeiro, como a médica chegar é muito difícil eu não sei o que fazer pra conciliar isso. O ideal é sentar com todos os profissionais da área e discutir pra vê uma melhor maneira de agregar. . Eu também não sei se aumentar o número de profissionais resolve, tudo bem que a comunidade aumentou mais quando eu comecei a trabalhar era só uma enfermeira, uma recepção, uma técnica, um médico que nem vinha atender todos os dias e as coisas parecia funcionar melhor. Agora a demanda realmente aumentou muito antes pré-natal era uma vez no mês a enfermeira vinha de fora e agora tendo médico e enfermeira todo dia parece não dá conta.*

IC2**- Aumentar o número de equipes, melhorar a infraestrutura, realizar triagem qualificada e priorizar os atendimentos dos grupos prioritários sem negligenciar a demanda espontânea.**

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
P2- A equipe precisa andar em sintonia, acredito que a escuta em si ajuda, vê a necessidade do paciente pra vê se o caso da pra esperar ou não P3- Atualmente nós temos 15 consultas agendadas e a demanda espontânea. É feita a escuta apenas pelos profissionais técnicos de enfermagem, não é feita por profissional de ensino superior que talvez isso fosse algo muito importante aqui pra refinar ainda mais essa demanda porque não raras vezes voltam pacientes que estavam precisando de atendimento no dia e que o técnico não consegue	*No km25 isso é um problema porque são poucas equipes, lá só tem duas eu acredito que se tivessem as quatro equipes trabalharia melhor com essas demandas. A própria unidade não ajuda por questão de tamanho, a recepção muito pequena, a triagem uma sala só pra fazer tudo, a quantidade de vagas destinadas para a demanda espontânea eu acho pouco, mas também uma só médica não consegue dá de conta de todos os marcados e os extras. Eu acho que tem que dá prioridades a idoso, gestante, tuberculose e as doenças que*

clinicamente perceber aquela situação. P4- A própria unidade não ajuda por questão de tamanho, a recepção muito pequena, a triagem uma sala só pra fazer tudo, a quantidade de vagas destinadas para a demanda espontânea eu acho pouco, mas também uma só médica não consegue dá de conta de todos os marcados e os extras. G1- No km 25 isso é um problema porque são poucas equipes, lá só tem duas eu acredito que se tivessem as quatro equipes trabalharia melhor com essas demandas. G3- No km 25 todo mundo aqui na secretaria já é muito ciente que nós só vamos conseguir resolver isso com ampliação de equipe, infelizmente não há estratégia viável enquanto não houver esse trabalho de ampliação de equipe. U1- Primeiro eu acho que tem que dá prioridades a idoso, gestante, tuberculose e as doenças que o posto tem que receber.	*o posto tem que receber. A equipe precisa andar em sintonia, acredito que a escuta em si ajuda, vê a necessidade do paciente pra vê se o caso dá pra esperar ou não. Atualmente nós temos 15 consultas agendadas e a demanda espontânea. É feita a escuta apenas pelos profissionais técnicos de enfermagem, não é feita por profissional de ensino superior que talvez isso fosse algo muito importante aqui pra refinar ainda mais essa demanda porque não raras vezes voltam pacientes que estavam precisando de atendimento no dia e que o técnico não consegue clinicamente perceber aquela situação. Sobre o km 25 todo mundo aqui na secretaria já é muito ciente que nós só vamos conseguir resolver isso com ampliação de equipe, infelizmente não há estratégia viável enquanto não houver esse trabalho de ampliação de equipe.*

IC3- **Educação em saúde sobre a proposta de trabalho da ESF.**

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
G2- Eu acho que começa pela a educação da população em relação ao conhecimento da Estratégia Saúde da Família e também uma visão daquilo que está afetando a comunidade, além dos programas, a gente precisa seguir outra linha pra agente tentar reduzir aquele impacto. Então se eu sei que está aparecendo muitos casos de diarreia, o que está acontecendo? Quais as orientações eu devo fazer para que se evite esse quantitativo de pessoas, que busca o serviço na urgência. É questão de orientação mesmo, explicar o que é urgência, o que não é urgência, o que pode esperar! U1- A população tem que entender essas prioridades, agora quando é algo assim tipo uma diarreia, quando chegar pode	*Eu acho que começa pela a educação da população em relação ao conhecimento da Estratégia Saúde da Família e também uma visão daquilo que está afetando a comunidade, tem* também que trabalhar a questão da prevenção de doenças com a comunidade. A*lém dos programas, a gente precisa seguir outra linha pra a gente tentar reduzir aquele impacto. Então se eu sei que está aparecendo muitos casos de diarreia, o que está acontecendo? Quais as orientações eu devo fazer para que se evite esse quantitativo de pessoas, que busca o serviço na urgência. É questão de orientação mesmo, explicar o que é urgência, o que não é urgência, o que pode esperar! A população tem que*

até passar na frente porque é um atendimento rápido e logo é liberado e os outros que já estão ali todo mês podem esperar um pouco. U2- Eu vejo que é algo que precisa ser visto com muito cuidado, porque a gente conhece um pouco da ignorância das pessoas, elas muitas vezes não conseguem compreender o que é uma urgência de fato. Isso é um problema não só aqui na comunidade do km 25 mais em todo lugar. As pessoas quando tem aquela preocupação, quando é com si ou com um filho, ou com alguém que ela trás, de achar que vai morrer e que tem que ser atendido. U3- e também trabalhar a questão da prevenção de doenças com a comunidade.	*entender essas prioridades, agora quando é algo assim tipo uma diarreia, quando chegar pode até passar na frente porque é um atendimento rápido e logo é liberado e os outros que já estão ali todo mês podem esperar um pouco. Isso realmente é algo que precisa ser visto com muito cuidado, porque a gente conhece um pouco da ignorância das pessoas, elas muitas vezes não conseguem compreender o que é uma urgência de fato. Isso é um problema não só aqui na comunidade do km 25 mais em todo lugar. As pessoas quando tem aquela preocupação, quando é com si ou com um filho, ou com alguém que ela trás, de achar que vai morrer e que tem que ser atendido.*

Houve uma dificuldade em todos os grupos (usuários, gestores e profissionais) em responder esse questionamento. Todos os profissionais relatam que já tentaram diversas estratégias para resolver essa problemática e até o momento não encontraram soluções que pudesse conciliar o atendimento das demandas programadas com as demandas espontâneas. A gestão reconhece que o número de pessoas cadastradas na equipe é muito superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde e diz que uma solução definitiva para essa problemática só será possível com a criação de mais equipes. Os próprios usuários, assim como os gestores, associam essa problemática ao desconhecimento da proposta de trabalho da ESF.

Segundo Paim (2008) os modelos de saúde podem estar direcionados, tanto para a demanda espontânea (modelo médico hegemônico), como para as necessidades de saúde identificadas, a partir do conhecimento do território e dos problemas de saúde ali existentes (ESF).

Esmeraldo et al. (2017) dizem que a ESF trabalha com demanda organizada, com área adscrita, por ciclos de vida, enquanto o modelo biomédico estava voltado para o atendimento a uma demanda espontânea e que atualmente a essência do

trabalho dos dois modelos se misturam, dificultando o entendimento da proposta de trabalho dos serviços de saúde.

Pinali (2015) diz que muitos são os motivos que levam o usuário a procurar as UBS, entre eles, o medo, o sofrimento, a angustia, e a sua própria definição de necessidade de saúde.

O DSC da IC1 deixa explicito a dificuldade de absorver a demanda espontânea: "*É muito difícil essa questão de atendimento espontâneo, porque todo mundo quer ser atendido, ninguém quer esperar"* e aponta como possibilidade para resolver essa problemática à triagem com classificação de risco a ser realizada por profissionais de nível superior, mas diz ser inviável o uso dessa estratégia, no momento, pela grande demanda: "*Isso dá pra acontecer em outras unidades, mas aqui como já citado existe uma população que é o dobro para cada equipe de saúde"*

A PNAB diz que "em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS" (BRASIL. 2017a, p.12)

A equipe em questão possui 5.800 pessoas em condições de vulnerabilidade social adscrita em seu território, sendo a última micro área distante 33 km da UBS. Possuí 7 ACS trabalhando com o limite máximo de pessoas e 1 micro área descoberta.

Pinali 2015 ressalta que o número excessivo de pessoas cadastradas na unidade de saúde além de acarretar demora do atendimento gera insatisfação na comunidade e transtorno para os profissionais.

> O aumento da demanda de usuários para atendimento de enfermagem e médico faz com que o tempo de permanência dos clientes dentro do consultório seja minimizado, prejudicando o vínculo entre profissional e paciente e a efetividade da terapêutica adotada no atendimento. Destaca-se também como importante implicação do excesso de demanda espontânea, a menor disponibilidade da ESF para a realização de ações de prevenção promoção da saúde" (PINALI, 2015 P. 10).

Em relação ao imediatismo do atendimento, Esmeraldo et al. (2017) dizem que as pessoas ao longo dos anos foram culturalmente acostumados a procurarem as unidades básicas apenas em situação de adoecimento, transformando esses

espaços em unidades de doença, e não de promoção da saúde. Eles defendem que "ainda está enraizada nos usuários a cultura do imediato, da resolubilidade da queixa, da cura, da especialidade, do exame, enfim, ainda não se percebem como sujeitos corresponsáveis pela sua saúde" (ESMERALDO ET AL; 2017, p.102).

O DSC da IC1 traz à baila a discussão da construção social da demanda em que, de acordo com a fundamentação teórico dessa dissertação, o aumento da demanda é mediada pelo aumento da oferta "*Eu também não sei se aumentar o número de profissionais resolve, tudo bem que a comunidade aumentou, mas quando eu comecei a trabalhar era só uma enfermeira, uma recepção, uma técnica, um médico que nem vinha atender todos os dias e as coisas parecia funcionar melhor."*

Cecílio (2001) traz uma diferenciação conceitual entre demanda e necessidade, ao dizer que a demanda é a necessidade expressa pelo usuário e é moldada pela oferta dos serviços de saúde, ou seja, o usuário chega ao serviço com uma queixa que geralmente está relacionada a uma oferta do serviço como medicamentos, consultas, exames, entre outros.

O DSC da IC2 reforça a necessidade de adequar o número de equipes a população da localidade e da necessidade da triagem por profissionais de nível superior, além de melhorias na infraestrutura e no acolhimento para auxiliar no atendimento da demanda da unidade: "*A própria unidade não ajuda por questão de tamanho, a recepção muito pequena, a triagem uma sala só pra fazer tudo, a quantidade de vagas destinadas para a demanda espontânea eu acho pouco, mas também uma só médica não consegue dá de conta de todos os marcados e os extras [...] A equipe precisa andar em sintonia, acredito que a escuta em si ajuda, vê a necessidade do paciente pra vê se o caso dá pra esperar ou não"*

Sobre a infraestrutura adequada para o funcionamento de uma ESF, a PNAB recomenda os seguintes ambientes:

> Consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação, sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica [...] área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea , sala de administração e gerência, banheiro público e para funcionários, entre outros ambientes conforme a necessidade (BRASIL, 2017a, p. 9).

Em relação ao acolhimento, diz que é atribuição de todos os profissionais:

> Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2017a, p. 17).

O DSC da IC3 aponta a necessidade da sensibilização comunitária por meio de atividades educativas sobre o trabalho da ESF, a orientação acerca da diferença de consultas de urgências e programadas, e os cuidados domiciliares para prevenir doenças ou evitar agravos como ferramenta para o ordenamento da demanda nas unidades de saúde.

A conscientização da população acerca dos objetivos e propostas da Estratégia Saúde da Família é necessária, uma vez que a comunidade está habituada ao modelo de pronto-atendimento baseado apenas na queixa da doença, fato que prejudica o processo de trabalho da ESF (BITTENCOURT, 2014).

> A carência de conhecimento acerca do real funcionamento de uma unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família por parte dos usuários, leva a inúmeras desordens práticas e organizacionais na programação da atenção à saúde. Essa realidade gera ruptura de vínculos, aumentando a distância entre usuário e a unidade, o que acaba por prejudicar a condução dos projetos terapêuticos (BITTENCOURT, 2014, p. 15)

Miranda, Silva e Souza (2019) dizem que embora seja possível organizar a demanda da ESF sempre haverá uma “regulação leiga” imposta pelos próprios usuários que se deslocam para os serviços de saúde em busca de suprir suas necessidades quer sejam de saúde, sociais ou familiares.

Por isso Bittencourt (2019, p.22) defende que “na definição de propostas para a orientação comunitária sobre os propósitos da ESF é importante discutir com a população os princípios da APS e qual as estratégias empreendidas para efetivá-los no cotidiano de prática”.

QUADRO SÍTESE
QUESTÃO 5: PARA VOCÊ O QUE SIGNIFICA GESTÃO PARTICIPATIVA?

Ideias centrais
GESTÃO QUE ENVOLVE POPULAÇÃO, SERVIÇO E GOVERNO.

IC1- **gestão que envolve população, serviço e governo**

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
P1- para as pessoas participar mais do que acontece no posto, a população ter mais ciência da realidade da unidade, as pessoas não entendem como é que a unidade funciona aí acaba reclamando. Ontem eu explicando a questão do horário de vacina o porquê que abre e fecha tal hora, mesmo que o profissional esteja aqui não pode mais abrir a vacina depois que guarda por causa da temperatura, aí as pessoas compreenderam e disse “ah e às vezes a gente chama eles de ruim”, isso acontece porque eles não sabem como funcionam. P2- a gestão participativa é a gestão em si que olha com um olhar cuidadoso para a comunidade, que pensa na comunidade como um todo. P3- significa que toda a estratégia de saúde, ela deve ser partilhada, constituída por todos aqueles que serão beneficiados por aquela gestão. Devem ter representantes dos usuários, representantes do governo. É algo que tem que ser partilhado pela comunidade, nem só governo, nem só comunidade, os dois precisam se complementar para tomar decisões, elaborar projetos, para explicitar suas causas, e de certa forma colaborar, se complementar para melhor atender a população que é o objetivo da ESF. P4- é a associação da localidade, interagir mais na unidade, chegar pra ajudar e através dela levar a ciência ao prefeito e aos vereadores os problemas que a gente passa aqui. G1- É você está envolvida no processo de trabalho, junto com os profissionais e a população, ouvindo os questionamentos, dando suporte, dando condições de trabalho e ouvir o que realmente aquela população necessita. G2- A gestão participativa é tá junto, tá vendo as dificuldades e buscar entender	*Significa que toda a estratégia de saúde, ela deve ser partilhada por todos aqueles que serão beneficiados por aquela gestão. Devem ter representantes dos usuários, representantes do governo. É algo que tem que ser partilhado pela comunidade, nem só governo, nem só comunidade, os dois precisam se complementar para tomar decisões, elaborar projetos, para explicitar suas causas e de certa forma colaborar, se complementar para melhor atender a população que é o objetivo da ESF. Serve para as pessoas participar mais do que acontece no posto, a população ter mais ciência da realidade da unidade. A gestão participativa é, pois, a gestão em si que olha com um olhar cuidadoso para a comunidade, que pensa na comunidade como um todo. É uma gestão próxima das equipes para se conseguir discutir problemas pontuais das localidades. É essa aproximação com as equipes, ouvir a comunidade, formar grupos de discussões, comitês, formação de conselhos locais. É envolver a comunidade com o governo (municipal, estadual, federal). Um exemplo é o trabalho da gestão de um posto de saúde, de uma associação, de uma escola, ou seja lá do que for, que chegue pra ajudar e através dela levar a ciência ao prefeito e aos vereadores os problemas que a gente passa. É você está envolvida no processo de trabalho, junto com os profissionais e a população, ouvindo os questionamentos, dando suporte, dando condições de trabalho e ouvir o que realmente aquela população necessita. A gestão participativa é tá junto, tá vendo as dificuldades e buscar entender quais a suas demandas, quais as suas dificuldades, tentar interagir e nos aproximar. Deve ser a união dos profissionais com as pessoas, com a população, um ajudando o outro para*

quais a suas demandas, quais as suas dificuldades, tentar interagir e nos aproximar. É está junto! G3- É uma gestão próxima das equipes para se conseguir discutir problemas pontuais das localidades. É essa aproximação com as equipes, ouvir a comunidade, formar grupos de discussões, comitês, formação de conselhos locais. U1- deve ser a união dos profissionais com as pessoas, com a população, um ajudando o outro para melhorar a saúde. U2- É o trabalho da gestão de um posto de saúde, de uma associação, de uma escola, ou seja lá do que for que participe, não só fazendo aquilo que é ofício mas fazendo algo a mais, pra ouvir as pessoas as quais elas atendem. É ouvir e comunicar também um pouco de sua função. A gestão participativa é o canal entre você e as pessoas serve para elas compreender melhor o seu papel e o papel delas. U3- É envolver a comunidade com o governo (municipal, estadual, federal). U4- É o elo de comunicação entre a população e o governo.	*melhorar a saúde e que participe, não só fazendo aquilo que é ofício, mas fazendo algo a mais, pra ouvir as pessoas as quais elas atendem. É ouvir e comunicar também um pouco de sua função. As pessoas não entendem como é que a unidade funciona aí acaba reclamando. Ontem eu explicando a questão do horário de vacina o porquê que abre e fecha tal hora, mesmo que o profissional esteja aqui não pode mais abrir a vacina depois que guarda por causa da temperatura, aí as pessoas compreenderam e disse "ah e às vezes a gente chama eles de ruim", isso acontece porque eles não sabem como funciona. A gestão participativa é, portanto, o canal entre você e as pessoas, serve para elas compreender melhor o seu papel e o papel delas. Funciona como elo de comunicação entre a população e o governo.*

A construção do DSC a partir das expressões chaves deixa evidente que todos os participantes da pesquisa demonstraram ter algum entendimento sobre a gestão participativa em que eles citam a necessidade do envolvimento do governo, dos usuários e dos profissionais no gerenciamento dos serviços de saúde. O que fica evidente com os termos "está junto", "aproximação", "como um todo", verbalizados por mais de um participante.

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS) traz um conceito ampliado de gestão participativa ou cogestão ao dizer que é uma ferramenta gerencial de democratização de decisões e de diálogo permanente entre as três instâncias de governo, os trabalhadores de saúde e a

sociedade civil, sendo um instrumento de empoderamento dos sujeitos que atua na produção social da saúde (BRASIL, 2009).

O DSC deixa claro que o gerenciamento da ESF deve ser partilhado por todos aqueles que se beneficiam deles: governo, profissionais e usuários e que estes devem se envolver em um esforço colaborativo para promover melhorias de saúde.

Penedo, Gonçalo e Queluz (2019) dizem que a gerência de uma ESF requer uma liderança competente e resolutiva capaz de organizar o serviço, estabelecer vínculos e mediar conflitos; sendo a cogestão ou gestão participativa a ferramenta ideal para o gerenciamento de espaços complexos e que envolve trabalho em equipe por proporcionar o compartilhamento de responsabilidades.

> Em detrimento de outras formas de gestão, a cogestão tem o potencial de criar espaços compartilhados de poder e todos os (...) envolvidos no processo de trabalho podem participar, aprender, decidir e ter maior compromisso com todo o processo e resultados (PENEDO; GONÇALO; QUELUZ, 2019, p.2).

O DSC mencionou mais uma vez que o desconhecimento sobre o processo de trabalho da ESF gera insatisfação nos usuários e atrapalha o processo de trabalho das equipes. Nesse contexto, a gestão participativa desponta como possibilidade de solucionar essa problemática: *"A gestão participativa é o canal entre você e as pessoas; serve para elas compreender melhor o seu papel e o papel delas".*

Nessa perspectiva, o ParticipaSUS destaca também a importância de se promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS junto a população, assim como, desenvolver atividades educativas de sensibilização comunitária (BRASIL, 2009).

É reconhecendo a importância da gestão participativa e da sua capacidade de intervir em problemas complexos que o problema da demanda por serviços de saúde foi abordado nesta dissertação de maneira coletiva, buscando o estabelecimento de metas de corresponsabilização entre os sujeitos para atenuar essa problemática.

QUADRO – SÍNTESE
QUESTÃO 6: VOCÊ, COMO REPRESENTANTE DA (GESTÃO/PROFISSIONAIS/ USUÁRIOS), O QUE PODERIA FAZER PARA RESOLVER A PROBLEMÁTICA DA DEMANDA NO KM 25?

Ideias centrais

AJUDAR A POPULAÇÃO A COMPREENDER A PROPOSTA DE TRABALHO DA ESF	AUMENTAR O NÚMERO DE EQUIPES E MELHORAR A INFRAESTRUTURA

IC1- **Ajudar a população a compreender a proposta de trabalho da ESF.**

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
P2- Poderíamos criar uns grupos de palestras educativas, porque tem muitas pessoas que vem assim leigos, que não sabe nem tratar tipo uma diarreia, que acha que uma criança que tá tossindo há dois, três dias é uma urgência, uma demanda que tem que ser atendida rápida. Acho que poderíamos pegar um enfermeiro, um médico, um técnico e fazer palestras educativas com a comunidade, para ela entender melhor algumas coisas e saber resolver pequenos casos em casa, pra desafogar a unidade para os casos mais urgentes que precisam realmente de atendimento médico. P4- Informar a comunidade a nossa realidade, como é que funciona a unidade, eu acho que se todos trabalhassem para informar à comunidade o que é saúde da família e como funciona poderia amenizar nossa problemática, a população nem conhece os funcionários chamam muito o pessoal da triagem de médico, dizem que o medico simplesmente viu a pressão e disse que não tinha nada e mandou ir pra casa. Eu acho que se todos trabalhassem conscientizando a população, explicando o que é uma triagem, como é o trabalho do médico, do enfermeiro, como é uma marcação, todos falando a mesma língua, andando no mesmo pensamento, poderia amenizar nosso problema.	*Informar a comunidade a nossa realidade, como é que funciona a unidade, eu acho que se todos trabalhassem para informar à comunidade o que é saúde da família e como funciona poderia amenizar nossa problemática, a população nem conhece os funcionários chamam muito o pessoal da triagem de médico, dizem que o medico simplesmente viu a pressão e disse que não tinha nada e mandou ir pra casa. Eu acho que se todos trabalhassem conscientizando a população, explicando o que é uma triagem, como é o trabalho do médico, do enfermeiro, como é uma marcação, todos falando a mesma língua, andando no mesmo pensamento, poderia amenizar nosso problema. Poderíamos criar uns grupos de palestras educativas, porque tem muitas pessoas que vem assim leigos, que não sabe nem tratar tipo uma diarreia, que acha que uma criança que tá tossindo há dois, três dias é uma urgência, uma demanda que tem que ser atendida rápida. Acho que poderíamos pegar um enfermeiro, um médico, um técnico e fazer palestras educativas com a comunidade, para ela entender melhor algumas coisas e saber resolver pequenos casos em casa, pra desafogar a unidade para os casos mais urgentes que precisam realmente de atendimento médico. A população tem que entender que o médico não*

U1- A população tem que entender que o médico não consegue atender todos que chegam que ele precisa atender com calma pra fazer o serviço direito, porque atender não é só benzer tem que dá atenção aos casos graves. U2- Enfim são muitos problemas, eu acho que essa ação de sentar com as lideranças do KM 25, com os profissionais que recebem essas pessoas diariamente, é uma maneira de discutir e encontrar aí uma forma de melhorar e muito esse atendimento. Até mesmo porque cada uma de nós será um canal para está passando informações a comunidade.	*consegue atender todos que chegam que ele precisa atender com calma pra fazer o serviço direito, porque atender não é só benzer tem que dá atenção aos casos graves. Enfim são muitos problemas, eu acho que essa ação de sentar com as lideranças do KM 25, com os profissionais que recebem essas pessoas diariamente, é uma maneira de discutir e encontrar aí uma forma de melhorar e muito esse atendimento. Até mesmo porque cada uma de nós será um canal para está passando informações a comunidade.*

IC2- **Aumentar o número de equipes e melhorar a infraestrutura.**

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
P3- para resolver mesmo nossos problemas, ou pelo menos sanar a maioria deles, pelo menos diminuir a nossa problemática em relação à demanda seria a vinda de outras equipes para trabalhar aqui no KM 25 porque nós trabalhamos sobrecarregados, não conseguimos dá a devida atenção aos grupos de saúde que já existem aqui, a gente fica fazendo somente consultas e consultas, tratando morbidades que já estão instaladas, a gente não consegue fazer um trabalho tão voltado para promoção, prevenção, nós não conseguimos desvincular do atendimento diário voltado para o tratamento das doenças devido à sobrecarga de trabalho. A vinda de mais equipes nos ajudaria a ter esse suporte para melhorar a prevenção e a promoção à saúde e também para escutar melhor a comunidade porque é muita gente, nós temos 20 agendado e chega aqui pelo menos mais 40 para fazer a triagem,	*Atender o cliente na área de saúde no Brasil é um caos grande e no Maria Tereza não é diferente, primeiramente por questões representativas na politica, isso é fato, a gente é uma região que cresceu muito e não tem representação parlamentar para falar por nós e segundo o fato da população enorme e uma infraestrutura de profissionais e físicas precárias, então é muito difícil atender essa sociedade que precisa com as ferramentas que se tem em mãos, além de insuficientes é inadequada. A gente sabe que o km 25 aumentou muito, a questão da população é muito grande para o quantitativo de equipes. Estamos lutando para o credenciamento de novas equipes. Precisa desafogar porque a população cresce e a gente continua com o mesmo quantitativo. O que nós planejamos é a criação de duas novas equipes e ampliação daquela unidade. Realmente é uma unidade difícil! A estratégia mesmo é aumentar uma*

então é assim algo inimaginável, que não dá para abarcar com o contingente que nós temos hoje, precisamos ter mais gente, pelo menos mais gente, fora estrutura física que não é adequada. G1- Eu busco conhecer a população, conhecer o que está sendo ofertado no município, buscando junto com a gestão uma maneira da gente está colocando equipes, pra mim seria uma das maneiras de minimizar os problemas daquela localidade. G2- A gente sabe que o km 25 aumentou muito, a questão da população é muito grande para o quantitativo de equipes. Estamos lutando para o credenciamento de novas equipes. Precisa desafogar porque a população cresce e a gente continua com o mesmo quantitativo. Realmente é uma unidade difícil! A estratégia mesmo é aumentar uma equipe! G3- O que nós planejamos é a criação de duas novas equipes para lá, ampliação daquela unidade. U2- Atender o cliente na área de saúde no Brasil é um caos grande e no Maria Tereza não é diferente, primeiramente por questões representativas na politica, isso é fato, a gente é uma região que cresceu muito e não tem representação parlamentar para falar por nós e segundo fato, a população enorme e uma infraestrutura de profissionais e físicas precárias, então é muito difícil atender essa sociedade que precisa com as ferramentas que tem em mãos, além de insuficientes é inadequada.	*equipe! Para resolver mesmo nossos problemas, ou pelo menos sanar a maioria deles, pelo menos diminuir a nossa problemática em relação à demanda seria a vinda de outras equipes para trabalhar aqui no km 25, porque nós trabalhamos sobrecarregados, não conseguimos dá a devida atenção aos grupos de saúde que já existem aqui, a gente fica fazendo somente consultas e consultas, tratando morbidades que já estão instaladas, a gente não consegue fazer um trabalho tão voltado para promoção, prevenção, nós não conseguimos desvincular do atendimento diário voltado para o tratamento das doenças devido a sobrecarga de trabalho. A vinda de mais equipes nos ajudaria a ter esse suporte para melhorar a prevenção e a promoção a saúde e também para escutar melhor a comunidade porque é muita gente nós temos 20 agendado e chega aqui pelo menos mais 40 para fazer a triagem, então é assim algo inimaginável, que não dá para abarcar com o contingente que nós temos hoje, precisamos ter mais gente, pelo menos mais gente, fora estrutura física que não é adequada. Por isso, estamos buscando junto com a gestão uma maneira da gente está colocando equipes, pra mim seria uma das maneiras de minimizar os problemas daquela localidade.*

Os DSC da IC2 deixam claro que a UBS do km 25 enfrenta problemas em relação ao seu processo de trabalho devido à superlotação da unidade oriunda de uma cobertura populacional acima da recomendada pelo Ministério da Saúde, o que tem provocado um retrocesso assistencial com atendimentos voltado para queixas pontuais, deixando de exercer ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: *nós trabalhamos sobrecarregados, não conseguimos dá a devida atenção*

aos grupos de saúde que já existem aqui, a gente fica fazendo somente consultas e consultas, tratando morbidades que já estão instaladas, a gente não consegue fazer um trabalho tão voltado para promoção, prevenção, nós não conseguimos desvincular do atendimento diário voltado para o tratamento das doenças devido à sobrecarga de trabalho.

O DSC da IC1 mostra que o desconhecimento da proposta de trabalho da ESF agrava essa problemática fazendo com que a população busque o serviço de maneira não programada por queixas que não se enquadram em critérios de atendimento imediato: "*Poderíamos criar uns grupos de palestras educativas, porque tem muitas pessoas que vem assim leigos, que não sabe nem tratar tipo uma diarreia, que acha que uma criança que tá tossindo há dois , três dias é uma urgência, uma demanda que tem que ser atendida rápida".*

O DSC reconhece a complexidade do problema, aponta como possibilidades de reorientar a demanda: a melhoria da infraestrutura, o cadastramento de mais equipes de ESF e a sensibilização comunitária. Por fim, o DSC vislumbra no encontro de coletivos (gestores, profissionais e usuários) a oportunidade para mediar essas estratégias: *Enfim são muitos problemas, eu acho que essa ação de sentar com as lideranças do km 25, com os profissionais que recebem essas pessoas diariamente, é uma maneira de discutir e encontrar aí uma forma de melhorar e muito esse atendimento. Até mesmo porque cada uma de nós será um canal para está passando informações a comunidade.*

6 CONSTRUINDO O PLANO DE CORRESPONSABILIZAÇÃO ENTRE GESTORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS PARA A REORIENTAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO KM 25, PETROLINA-PE.

6.1 Seminário de intervenção: Descrição do encontro

O seminário de intervenção reuniu os profissionais de saúde, os gestores e as lideranças local para dialogarem acerca da problemática da demanda na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Projeto Maria Tereza (KM 25) e pactuarem, de maneira consensual e democrática, estratégias de melhorias assistenciais.

Participaram do encontro os sujeitos da pesquisa, colaboradores vinculados a Universidade de Pernambuco (UPE) e convidados, tanto da gestão como dos usuários, e profissionais que não participaram das fases iniciais da pesquisa, mas que tiveram interesse em presenciar o encontro.

Inicialmente, houve a acolhida aos participantes, estes após assinarem a ata de frequência foram convidados a sentarem em uma roda. A abertura do seminário ocorreu com uma dinâmica de sociabilização em que objetivava apresentar ao grupo o nome de cada participante e sua representação social, assim como sensibilizá-los para a importância daquele encontro.

Para isso, utilizou-se a estratégia do quebra cabeça puzzle, cada participante ao levantar da roda se apresentava, definia em uma palavra sua expectativa para aquele encontro e com uma peça de quebra cabeça dava a sua contribuição para a construção de uma ilustração motivadora.

FIGURA12: Fotos da dinâmica de apresentação.

FONTE: Seminário de Intervenção, 2019.

As palavras evocadas, no momento do encontro, foram transcritas inicialmente em um painel e depois transferidas para um programa de análise de evocação de palavras o wordArt que demonstrou de maneira ilustrativa a expectativa do grupo para o encontro.

FIGURA 13 – Nuvem de palavras sobre a expectativa do encontro

FONTE: WordArt, 2019

Como resultado da evocação teve-se que a expectativa dos sujeitos para o seminário era que fosse um encontro resolutivo, construtivo, e, também, um momento de aprendizado.

Seguiu-se a esse primeiro momento uma apresentação geral da localidade e da unidade de saúde: estrutura física, população adscrita, indicadores de saúde e dificuldades de acesso aos demais serviços de referência em saúde do município. Foram apresentados, também, os dados da fase exploratória da pesquisa destacando o itinerário do usuário na UBS, o quantitativo de consultas realizadas por demanda espontânea e por demanda programada, com destaque para quantitativo de pessoas que procuram o serviço e retornam sem atendimento médico ou de enfermagem. Apresentou-se, ainda, o perfil da demanda espontânea e as principais queixas referidas para o atendimento.

Nesse momento houve uma inquietação do grupo e alguns tentaram responsabilizar a gestão municipal pela situação, sendo necessária a intervenção da pesquisadora para mediar o conflito. Para isso utilizou-se de um vídeo de sensibilização (https://www.youtube.com/watch?v=cinIaODneJo) que ressalta a necessidade de uma corresponsabilização entre sujeitos para solucionar problemas complexos.

De acordo com Campos (2015), a existência de conflitos em encontros que aproximam coletivos heterogêneos com interesses e poderes diferenciados é inevitável; mediar esses conflitos por meio de técnicas de responsabilização comunitária é o objetivo dos processos de cogestão.

Uma vez harmonizado os conflitos de interesses, foi colocado o tema da pesquisa: Como melhorar o processo de trabalho na ESF do Km 25 e conciliar o atendimento da demanda agendada e o acolhimento à demanda espontânea? As narrativas do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que na fase exploratória se propôs a responder essa indagação foram apresentadas.

O DSC além de apontar possíveis estratégias de reorientação da demanda espontânea no Km 25, também apontou necessidades de aprendizagem do grupo que foi facilitada pelos colaboradores da UPE, professora de saúde coletiva e alunos do Programa de Educação Tutorial em Saúde (PET-Saúde), que trouxeram para discussão elementos teóricos acerca da Estratégia Saúde da Família (ESF), seu processo de trabalho, políticas de saúde, e aspectos da gestão participativa em saúde.

Ainda complementado as necessidades de aprendizagem do grupo, a pesquisadora citou alguns conceitos da sociologia de Bourdieu, fundamentando a possibilidade de transformação social e de práticas a partir da reconfiguração de um campo e aquisição de novos *habitus.*

FIGURA 14 - Alunas do PET-saúde e professora da UPE que participaram como colaboradoras da pesquisa.

FONTE: Seminário de Intervenção, 2019.

FIGURA 15 – Mediação das necessidades de aprendizagem do grupo pela professora da UPE e pela pesquisadora

FONTE: Seminário de Intervenção, 2019.

Após esse breve compartilhamento de saberes e nivelamento de conhecimentos foram colocados os problemas: o problema da demanda está associado ao desconhecimento da proposta de trabalho da ESF e sofre influência cultural do modelo biomédico da busca por exames e procedimentos; a problemática da demanda está associada ao número insuficiente de equipes para atender a população e estrutura física inadequada da UBS; a problemática da demanda está associada à fragilidade no acolhimento.

Dado esse trajeto, o plano de ação propriamente dito foi elaborado de maneira democrática com elaboração de metas coletivas pactuadas pelos sujeitos utilizando a ferramenta do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

> O PES está assentado nas teorias da situação, da produção social e da ação interativa. O seu processamento de problemas preconiza o momento explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional. Com elementos de cálculo de cenários e instrumental de análise estratégica, é um modelo de planejamento criativo, flexível e interativo (RIVERA, 2008, p. 26).

Para isso, os participantes foram realocados em três subgrupos de modo que cada um tivesse representação da gestão, dos profissionais e dos usuários. Cada subgrupo teve 45 minutos para elaborar estratégias factíveis para os problemas colocados, apontando os recursos e materiais necessários, os responsáveis pela operacionalização e os prazos para implementação.

Dado esse tempo, construiu-se uma grande matriz de intervenção, que foi apresentada ao grupo para análise e discussão. Durante a apresentação do plano pelos sujeitos, a pesquisadora fez algumas interferências em busca de contemplar demais etapas do PES não enfatizada na argumentação.

FIGURA 16- Subgrupos de discussão para elaboração do plano de ação

FONTE: Seminário de Intervenção, 2019.

Nesse momento, outro ponto de conflito e interesse surgiu ao se pactuar a criação de mais duas equipes de ESF com sede em uma das micro áreas do projeto. Os representantes comunitários ali presentes reivindicaram que a sede fosse construída em suas áreas de representatividade. Após a intervenção da pesquisadora que reforçou os aspectos demográficos e geográficos das áreas do projeto chegou a um consenso que a nova equipe seria implantada na micro área de maior risco de saúde e vulnerabilidade social.

FIGURA 17- Construção e discussão do plano de ação

FONTE: Seminário de Intervenção, 2019.

O encontro finalizou com a avaliação verbal dessa ação e com o depoimento dos sujeitos acerca da proposta de intervenção, seguindo-se de um momento de confraternização com um lanche coletivo.

FIGURA 18- Foto do grupo de intervenção e do lanche de confraternização

FONTE: Seminário de Intervenção, 2019.

Sobre os depoimentos dos sujeitos acerca do encontro, segue os relatos:

QUADRO 4 - Relatos dos sujeitos acerca do encontro

VALORIZAÇÃO	"Gostaria de parabenizar por essa iniciativa. **Esse encontro surtiu um enfeito que muitos outros não haviam surtido**, foi realmente uma atitude muito efetiva e muito produtiva para os companheiros de trabalho, para as lideranças locais e para a sociedade" (representante do usuário). "**Esse foi de fato o primeiro encontro que já realizamos com os profissionais e a comunidade para discutir processo de trabalho**, frequentemente dialogamos com os profissionais, já fizemos também algumas reuniões aqui com os lideres locais, mas juntar todos de fato como estamos aqui hoje **está sendo extraordinário,** vamos buscar fazer mais encontros como esse". (representante da gestão). **"Essa manhã foi bem diferente e produtiva,** todos os dias buscamos melhorar nosso trabalho lá no posto, mas discutir nossos problemas simultaneamente com a gestão e com os usuários foi de fato uma experiência única até o momento" (representante dos profissionais).
ESTRANHAMENTO	"Foi bastante proveitoso por saber que estão todos empenhados em trazer melhorias para nossa comunidade. **Eu nunca participei de uma reunião como essa**" (representantes dos usuários). "Nós estamos sempre tão ocupados, tão cheios que dificilmente estamos fazendo reuniões de equipe nesses últimos meses. **Reuniões como essa não é comum"** (representantes dos profissionais). "Foi um momento muito oportuno, essa gestão desde que assumiu buscou está mais próximo dos serviços e da população. Já fomos para muitos encontros, muitas reuniões, **mas nunca participamos de um momento como esse**" (representante da gestão).

APONTAMENTOS	"Agora precisamos tirar esse plano do papel e executarmos, esse pioneirismo ´precisa continuar, **precisamos ter outros momentos como esse** (representante dos usuários). "**Esse momento não pode morrer aqui, devemos nos encontrar de hoje há dois meses para vê em que avançamos**" (representante dos profissionais) "**Vamos buscar fazer mais encontros como esse".** (representante da gestão).

Estas dimensões apontam para um processo que ao valorizar os parceiros garante que todos assumam a responsabilidade pelos encaminhamentos e ações que permitem avançar para a resolução dos entraves identificados no problema apresentado.

6.2 O plano

Como resultado das estratégias pactuadas pelos sujeitos, seguindo alguns dos critérios do PES obteve-se a seguinte matriz de intervenção.

QUADRO 5- Matriz de Intervenção

MATRIZ DE INTERVENÇÃO PARA A REORIENTAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA NA UBS DO KM 25				
PROBLEMA	**ESTRATÉGIA**	**RECURSOS E MATERIAIS NECESSÁRIOS**	**RESPONSÁVEIS**	**PRAZO**
1- O problema da demanda está associado ao desconhecimento da proposta de trabalho da ESF e sofre influência cultural do modelo biomédico (busca por exames e procedimentos)	Promover processos educativos e de orientação comunitária nas áreas e em sala de espera.	Folder, panfletos	Agente comunitário de saúde, técnicos de enfermagem, recepcionistas, médicos, enfermeiros e lideranças comunitárias. Gestão	Início em até 90 dias e permanência contínua.
2- A problemática da demanda está associada ao número insuficiente de equipes para atender a população e agravada pela estrutura física inadequada da UBS.	Reformar inicialmente a estrutura física existente, redimensionar a população adscrita de acordo com os preceitos da PNAB a partir da implantação de mais duas	Verbas do Ministério da Saúde e recursos próprios do município adquiridos por meio de emendas parlamentares.	Representantes da gestão vinculados à secretária de saúde do município	Reforma inicial em 60 dias Programa Saúde na Hora em 90 dias Ampliação de estrutura física e de equipes em 360 dias

	equipes de ESF em sedes mais próximas as áreas e adesão provisória do programa saúde na hora para amenizar a problemática enquanto se dá o processo de ampliação de equipes e estrutura física.			
3- A problemática da demanda está associada à fragilidade no acolhimento	Médicos e enfermeiros assumirem o acolhimento e a classificação de risco dos usuários que buscam o serviço por demanda espontânea, antes realizado por profissionais de nível técnico, por meio de rodízio diário entre os profissionais existentes.	Consultório, Livro de demanda.	Médicos Enfermeiros	60 dias

FONTE: Seminário de Intervenção, 2019.

Toni (2004) diz que o planejamento, visto estrategicamente, é a ciência e a arte de governabilidade e se configura em um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que podem ser aplicadas em organizações sociais que almejam uma mudança situacional de uma problemática comum aos sujeitos.

O PES foi uma ferramenta desenvolvida pelo economista chileno Carlos Mantus na década de 70 ao verificar falhas de planejamentos com uso de ferramentas tradicionais. O PES é, pois, uma ferramenta de gestão com possibilidades de adaptações ou reformulação do plano de acordo com as variáveis da situação e que melhor se adequa para solucionar problemas complexos (SANTOS; TORRES; FERREIRA, 2019).

Buscando aprimorar a matriz construída no encontro a partir do processo de discussão do grupo e da condução da pesquisadora, a matriz foi formatada para enfatizar outras etapas do PES verbalizadas pelos sujeitos e que não estavam presente no painel a princípio construído.

Segue-se, pois, o produto final dessa intervenção:

QUADRO 6- Planejamento Estratégico Situacional para o primeiro problema da matriz de intervenção.

O problema da demanda está associado ao desconhecimento da proposta de trabalho da ESF e sofre influência cultural do modelo biomédico (busca por exames e procedimentos)	
META/OBJETIVOS:	-Específico: Realizar sensibilização comunitária sobre o propósito do trabalho da ESF; -*Mensurável*: Entregar panfletos educativos em todos os domicílios da localidade cobertos por ACS; -*Alcançável:* Os ACS já visitam mensalmente os domicílios podendo contribuir para essa sensibilização em massa. -*Relevante*: População esclarecida poderá otimizar o uso dos serviços da UBS e contribuir para a reorientação da demanda. -Prazo: Inicio em até 90 dias e permanência contínua.
ESTRATÉGIA:	Promover processos educativos e de orientação comunitária nas áreas e em sala de espera.
PLANO DE AÇÃO:	Os profissionais elaborarão um folder ou panfleto educativo destinado a orientar a comunidade sobre o propósito do trabalho da ESF e funcionamento da UBS. A gestão se responsabilizará pelas cópias e os mesmos serão entregues nos domicílios durante as visitas dos ACS e serão utilizados em atividades educativas realizadas em sala de espera pelos demais funcionários da ESF assim como em atividades locais promovidas pelas lideranças comunitárias
AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS	A avaliação da estratégia será viabilizada pela análise do motivo da procura pelo atendimento a ser realizado trimestralmente nos registros de atendimento da demanda espontânea e pelos relatórios gerados pelo sistema de prontuário eletrônico.
POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA ESTRATÉGIA: A mão de obra necessária para essa ação já está disponível, não precisando aguardar a criação das novas equipes de ESF; mudanças de comportamento e de cultura é um processo de efeito a longo prazo.	

QUADRO 7- Planejamento Estratégico Situacional para o segundo problema da matriz de intervenção.

A PROBLEMÁTICA DA DEMANDA ESTÁ ASSOCIADA AO NÚMERO INSUFICIENTE DE EQUIPES PARA ATENDER A POPULAÇÃO E AGRAVADA PELA ESTRUTURA FÍSICA INADEQUADA DA UBS	
META/OBJETIVOS:	-Específico: Ampliar o número de equipes de ESF e melhorar a estrutura física da unidade; -*Mensurável*: Adquirir mais duas equipes de ESF e criar uma nova UBS em uma das áreas do projeto -*Alcançável:* Fazer a adesão da UBS ao programa saúde na hora para de imediato conseguir uma equipe provisória e que posteriormente será transformada em equipe de ESF; -*Relevante*: A chegada de mais uma equipe, a princípio, desafogará parte do serviço e, posteriormente, com a existência de duas equipes de ESF será possível fazer o redimensionamento população e otimizar os atendimentos. -Prazo: Reforma inicial em 60 dias; Programa Saúde na Hora em 90 dias; Ampliação de estrutura física e de equipes em 360 dias.
ESTRATÉGIA:	Reformar inicialmente a estrutura física existente, redimensionar a população adscrita de acordo com os preceitos da PNAB a partir da implantação de mais duas equipes de ESF em sedes mais próximas as áreas e adesão provisória do programa saúde na hora para amenizar a problemática enquanto se da o processo de ampliação de equipes e estrutura física.
PLANO DE AÇÃO:	Com a utilização de recurso próprio municipal será realizada uma reforma para manutenção de estrutura contemplando serviços de pintura, elétricos e hidráulicos. A gestão com base no quantitativo da população do km 25 solicitará ao Ministério da Saúde a aquisição de mais duas equipes de ESF para a localidade. Por meio de emenda parlamentar será levantado o capital para a construção de outra sede mais acessível às áreas e ampliação da sede da vila. Tratando-se de um processo demorado e burocrático, as gestoras farão um cadastro provisório da equipe ao programa saúde na hora que permite a contratação de uma nova equipe para estender o horário de funcionamento da unidade, o que já permitirá um novo redimensionamento populacional, desafogando as equipes existentes no momento.
AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS	O instrumento de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), no quesito observação na unidade básica de saúde, será utilizado para avaliar melhorias oriundas dessa estratégia.
POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA ESTRATÉGIA: O interesse da gestão manifestado em agilizar e priorizar essa ação é uma potencialidade da estratégia e a fragilidade volta-se para a dependência política dessa ação com possibilidade de atraso para cumprir os prazos em decorrência da dependência de emendas parlamentares e prazos ministeriais.	

QUADRO 8 - Planejamento Estratégico Situacional para o terceiro problema da matriz de intervenção.

A PROBLEMÁTICA DA DEMANDA ESTÁ ASSOCIADA À FRAGILIDADE NO ACOLHIMENTO	
META/OBJETIVOS:	-Específico: Assegurar que as pessoas que procuram o serviço serão atendidas; -*Mensurável*: Atender diariamente todos os usuários que chegam à unidade; -*Alcançável:* Deixar um profissional de nível superior exclusivo para realizar o acolhimento com classificação de risco; -*Relevante*: Verificar as necessidades dos usuários que procuram o serviço -Prazo: 60 dias
ESTRATÉGIA:	Médicos e enfermeiros assumem o acolhimento e a classificação de risco dos usuários que buscam o serviço por demanda espontânea por meio de rodízio entre os profissionais existentes
PLANO DE AÇÃO:	Os profissionais de nível superior presentes na intervenção irão em uma reunião de equipe com os demais profissionais da UBS organizar a agenda de atendimento de modo a deixar um dia livre para cada médico e enfermeiro assumir um dia de acolhimento, fazendo rodízio entre estes, quando necessário, em detrimento de férias ou folga do profissional escalado.
AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS	A cada trimestre será realizada uma consulta de satisfação dos usuários para checar a eficácia da estratégia adotada, e verificada no livro de demanda, assim como nos sistemas eletrônicos de registro de atendimentos se está existindo casos de usuários que buscam o serviço e saem sem atendimento.
POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA ESTRATÉGIA: Não será necessário esperar a ampliação da UBS podendo o consultório do profissional escalado para o dia ser utilizado com espaço de acolhimento, classificação de risco e atendimento; em casos de adoecimento ou falta não programada do profissional escalado para o dia não terá outro profissional de nível superior para substituí-lo sendo o suporte ao acolhimento da demanda, neste dia, dado pelos profissionais de nível técnico.	

7 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO SOB A LUZ DO MÉTODO PARA ANÁLISE E COGESTÃO DE COLETIVOS DE GASTÃO WAGNER CAMPOS: MÉTODO PAIDEA – MÉTODO DA RODA.

O método de análise e cogestão de coletivos proposto por Campos (2015) está direcionado a avaliação e gerenciamento das ações e comportamentos das pessoas ao trabalharem em equipe. Trata-se, portanto, da gestão do processo de trabalho, do sujeito e de coletivos. Tem sua base em pontos convergentes e divergentes do pensamento marxista, da psicanálise e de correntes que estudam instituições, organizações e grupos. Contempla o desafio da gestão e do planejamento em assumir a função de produzir não só bens de valores de uso, mas também, a possibilidade de constituir pessoas e coletivos organizados (CAMPOS, 2015).

O método parte do pressuposto de que a gestão deve ser uma tarefa coletiva e não monopolizada por pessoas que acumulam maior capital econômico e cultural. Desponta como possibilidade de reprodução e ampliação de espaços de democratização, com potencial para influir sobre a produção da subjetividade dos sujeitos, em espaços de reflexão, de críticas, de conflitos, de produção e de transformação (CAMPOS, 2015).

Por essa potencialidade do método em excitar a produção da subjetividade foi denominado de Paideia. O termo tem origem na mitologia grega e faz alusão à cidadania e a democracia participativa, sendo também conhecido como método da roda:

> Um método inspirado na roda com que os pedagogos construtivistas iniciam o dia de trabalho nas escolas. E também na roda de samba, na do candomblé e na de ciranda em que cada um entra com sua disposição e habilidade sem desrespeitar o ritmo do coletivo. O Método da Roda: a roda como espaço democrático, um modo de operacionalizar a cogestão. Mas também a vida girando e se movimentando, sempre: a roda (CAMPOS, 2015, P 14).

Campos (2015) defende que o método permite uma análise a partir da interpretação da ação prática do sujeito no mundo, operando com núcleos temáticos referentes ao mundo e ao sujeito.

Dentre os núcleos temáticos referentes ao mundo, o método de Campos permite algumas reflexões acerca das interpretações das ações práticas do sujeito: Quais as finalidades e objetivos da ação humana? O produto é o único meio de

análise de uma intervenção? Quais os meios utilizados pelo sujeito para conhecer e intervir em um dado contexto? Quais as tarefas de corresponsabilização adotadas pelo sujeito?

Em relação aos núcleos temáticos referentes aos sujeitos, esses dizem respeito a sua existência no mundo e contempla a motivação/interesse dos sujeitos em participar da intervenção, a capacidade dos sujeitos em estabelecerem pontes com os interesses de outros sujeitos, a análise da rede de poderes, da possibilidade de exercer o controle social e as referências culturais e éticas do sujeito em relação à situação problema.

Por fim, Campos (2015) afirma que o método Paideia avalia três critérios fundamentais em organizações de sujeitos com propósitos intervencionistas: 1- O reconhecimento de que uma das finalidades principais da política de gestão e do trabalho humano é a construção do bem estar e da justiça social; 2- O pressuposto de que a política, a gestão e o trabalho devem ser julgados também por sua capacidade de construir os maiores coeficientes possíveis de autonomia e de liberdade para as pessoas e instituições; 3- A capacidade de assegurar a resolução de conflitos e elaboração de contratos entre interesses e valores divergentes por meio do uso de instrumentos de convencimento e de negociação.

Diante do exposto e a partir da observação participante, é que a intervenção dessa pesquisa foi analisada considerando os núcleos temáticos e os critérios do Método Paideia.

Seguem-se as observações, impressões e considerações da autora nesse processo avaliativo:

Observou ainda na fase das entrevistas individuais e se confirmou na postura, comportamento e nas discussões dos usuários no momento da intervenção que, a princípio, a finalidade deles em participarem da intervenção partia de um interesse pessoal de cunho político. Cada líder comunitário demonstrou interesse em que a nova equipe de ESF que será constituída fosse sediada em suas áreas de representatividades, deixando a impressão de que a aquisição da nova equipe se tornaria um item de conquista individual com poder de barganha para pleitear prestígios sociais.

Contudo, essa tensão, foi amenizada a partir da apresentação dos dados epidemiológicos de cada micro área do Projeto Maria Tereza (km 25) e após considerar esses dados, a distância entre as micro áreas e a possível sede da nova

equipe, embora não se tenha chegado a uma definição exata do local que sediará a nova equipe de ESF, foi pactuado que seria o lugar de mais fácil acesso para a comunidade e que possuísse as maiores condições de riscos e vulnerabilidades em saúde.

Em relação aos profissionais percebeu-se que a motivação maior era organizar o serviço de maneira que diminuísse a sobrecarga de trabalho. E quanto aos representantes da gestão pareceu haver o interesse em fazer valer o slogan político da gestão: construir um novo tempo a partir da otimização, do apoio e da valorização de estratégias de gestão participativa.

As estratégias sugeridas pelos sujeitos para conhecer e intervir na situação partiram de suas referências culturais e éticas acerca do problema. Observou que a maioria das propostas foi elaborada pelos gestores e profissionais, isso deve ter acontecido pelo fato dos usuários não compreenderem o seu papel no gerenciamento dos serviços de saúde, ou por se colocarem numa postura de vitimização da situação, não se percebendo como corresponsáveis pelo problema.

Foi notória a capacidade dos sujeitos em estabelecerem pontes com os interesses de outros sujeitos, mesmo diante do paradoxo entre o interesse pessoal e a necessidade comunitária. Isso ficou evidente quando os sujeitos precisaram recuar em suas opiniões prévias e absorver propostas de trabalho as quais, a priori, não eram favoráveis como, por exemplo, a implantação do acolhimento antes da chegada da nova equipe de Estratégia Saúde da família (ESF) e do redimensionamento da população adscrita. A aceitação da alternativa da gestão de implantar o Programa Saúde na Hora enquanto tramitam os processos licitatórios e parlamentares para a reforma e ampliação da Unidade Básica de Saúde (UBS), além da reconsideração do local da sede na nova equipe por parte dos usuários, já citada anteriormente.

A análise da rede de poderes e da possibilidade de exercer o controle social foi observada de maneira incipiente nesta intervenção. A pesquisadora sentiu falta de propostas que contemplasse a construção de conselhos locais de saúde e ouvidoria local. O grupo, nesse aspecto, se limitou a pactuar um novo encontro com data após dois meses do dia da elaboração do plano para acompanhar o andamento das estratégias definidas.

Ficou claro para a pesquisadora que mais do que a construção da matriz de intervenção pelo grupo de pesquisa, o maior e mais importante produto desta

dissertação foi a mobilização e a aproximação de coletivos para discutir uma problemática social e propor estratégias democráticas de solução.

No mais, considerou-se válida esta intervenção por estimular o compromisso democrático dos participantes e permitir o reconhecimento de que o benefício final da ação era de cunho social e não individual, por consentir os sujeitos expressarem seus desejos e interesses particulares e por assegurar a mediação de conflitos de interesses. Contemplaram-se, assim, os critérios gerais do princípio da cogestão lista por Gastão Wagner Campos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa vislumbrou a possibilidade de se criar espaços coletivos de diálogo e discussão de processos de trabalho dentro da Estratégia Saúde da Família com o intuito de solucionar problemas da atenção à saúde.

Constatou que apesar de 25 anos de existência desse modelo assistencial, ainda existe uma compreensão limitada sobre a proposta de trabalho dessa estratégia entre gestores, profissionais e principalmente entre os usuários que procuram os serviços de saúde motivados por uma necessidade de procedimentos mais do que por uma necessidade de cuidado.

Isso contribui para a superlotação das unidades, o que resulta no estrangulamento do acesso em detrimento das dificuldades dos serviços em conciliar os atendimentos programados com a busca espontânea por atendimento.

Embora existam diretrizes ministeriais para nortear o acolhimento e o redimensionamento da demanda espontânea é necessário analisar a situação do ponto de vista social, considerando as peculiaridades de cada localidade.

Sendo o processo de trabalho em saúde dependente do trabalho vivo em ato, ou seja, que se estrutura em simultaneidade com a execução do trabalho em tempo real; a proposta metodológica deste trabalho permitiu vivenciar o problema de pesquisa em todas as fases do estudo e analisar as especificidades locais que agravavam a problemática.

A escolha pelo método da pesquisa-ação possibilitou a aproximação da problemática da demanda espontânea nas unidades básicas de saúde com os sujeitos que a vivenciam: usuários, profissionais, e gestores, o que facilitou o protagonismo dos sujeitos nesse trabalho de intervenção.

O estudo evidenciou o despreparo dos coletivos para atuarem de maneira participativa na gestão do cuidado ao tempo que revelou que as possibilidades de reestruturação dos serviços são mais factíveis quando pensadas de maneira democrática e corresponsável.

Isso se torna possível quando se reconhece o campo da ESF como espaço de micropolíticas e de mudanças e quando se busca minimizar o imperativo da culpabilização que tende a prevalecer quando se junta sujeitos de capital econômico e cultural diferentes para discutir problemas sociais.

A transferência de responsabilidades nos processos de cogestão tende a ser um nó crítico desta proposta de trabalho. Por isso, é necessário estimular a ressignificação de práticas e atitudes, haja vista que as transformações nos processos de trabalho devem ser precedidas por transformações dos sujeitos.

Esta foi uma das dificuldades dessa pesquisa, despertar a importância da participação dos sujeitos nas questões gerenciais dos serviços de saúde, descontruindo o entendimento de que a problemática da demanda vivenciada pela equipe de saúde do Projeto Maria Tereza não é de responsabilidade apenas dos gestores municipais que precisam melhorar a estrutura física daquela unidade e aumentar o número de equipes de saúde para atender a população.

Os resultados apontaram que além do número insuficiente de recursos humanos e estruturais para assistir a comunidade, o problema da demanda está atrelada a fatores culturais.

O que permite constatar que apenas o uso de aparatos tecnológicos e recursos materiais são insuficientes para intervir no problema. Mais do que uso de tecnologias duras, os métodos relacionais de vínculo, acolhimento e corresponsabilização são necessários para o sucesso de planos de intervenção que objetivam reorientar a demanda na ESF.

Destaca-se que a gestão participativa é uma ferramenta da Política Nacional de Humanização (PNH) que objetiva a criação de vínculos solidários, a participação coletiva nos processos de gestão com incentivo a autonomia dos sujeitos e o fortalecimento do controle social.

Contudo, é desafiador unir gestores, profissionais e usuários para desempenhar essa missão. Dificuldades de conciliar agendas de trabalho, interesses políticos e pessoais, não compreensão do papel social de defender os princípios do SUS são alguns dos fatores que contribuem para esse desafio e que foram vivenciados nessa pesquisa.

Nesse estudo, essa dificuldade foi amenizada no seminário de intervenção que permitiu a análise e discussão dos dados referente á demanda pelo grupo de pesquisa e despertou uma sensibilização coletiva para a necessidade de intervir na problemática.

A limitação dessa pesquisa está em se restringir na elaboração do plano de ação e não se estender na avaliação das estratégias pactuadas. Recomenda-se,

portanto, para pesquisas futuras, avaliar o resultados da implementação do plano elaborado neste estudo.

Por se tratar de uma pesquisa viva em que os produtos se manifestam antes mesmo da conclusão desta dissertação, já se observam impactos positivos da intervenção.

Enquanto pesquisadora e profissional do serviço é possível dizer, ainda que empiricamente, que a implantação do acolhimento com triagem e classificação de risco pelos profissionais de nível superior tem melhorado o processo de trabalho, evitado que usuários que procuram o serviço por demanda espontânea saiam da unidade sem atendimento e aumentado a satisfação da população.

O sistema de rodizio de profissionais no acolhimento tem desafogado a agenda nos demais dias da semana, permitindo aos profissionais que não estão escalados no acolhimento do dia, mais tempo para se dedicar a continuidade do cuidado a demanda programada.

O formato da reunião de cogestão aplicado no seminário de intervenção está sendo adotada nas reuniões de equipe permitindo uma maior participação e envolvimento entre os participantes.

Contudo, destaca-se que estudos adicionais são necessários para melhor avaliar os resultados de curto, médio e longo prazo desse estudo, o que mostra a possibilidade do trabalho continuado de uma pesquisa do tipo pesquisa-ação.

Espera-se que esse trabalho possa auxiliar demais equipes de Estratégia Saúde da Família que também enfrentam dificuldades no dimensionamento da demanda e que desperte o entendimento da importância da participação social no gerenciamento dos serviços, estimulando os coletivos a se organizarem de maneira continuada para solucionarem problemáticas do processo de trabalho em saúde.

REFERÊNCIAS

ARANTES, L; SHIMIZU, H. Contribuições e desafios da Estratégia de Saúde da Família na atenção primária à saúde no Brasil: Revisão de literatura. **Revista ciências & saúde coletiva.** v. 21, n.5, p. 1499-1509, 2016. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2016.v21n5/1499-1510/pt. Acesso em: 04/07/2018.

ARAÚJO, A; CRUZ, P; ALENCAR, I; CARNEIRO, D. Educação Popular no Processo de Integração Ensino-Serviço e Comunidade: Reflexões com base em experiência na extensão, **Revista. APS.** p. 447-455 Out/Dez, 2015. Disponível em: https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2482. Acesso em 25/05/18.

ARAÚJO, P; ASSIS, M. Organização da demanda e ofertas de serviços na Estratégia Saúde da Família. **Revista saúde.com.** v.13, n.4. p 994-1002, 2017.

ARRUDA, N; MAIA, A; ALVES,L. Desigualdades no acesso à saúde entre áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998-2008. **Cad. Saúde Pública.** v. 34, n.6, 2018.

ASSIS, M; JESUS, W. Acesso aos serviços de saúde: abordagem conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.17, n. 11, p 2865-2875, 2012.

BALDISSERA, A. Pesquisa-ação: uma metodologia do “conhecer” e do “agir” coletivo. **Sociedade em debates**, Pelotas, v.7, n.2, p.5-25, agosto 2001.

BARBOSA, A; SILVA, J; ARAÚJO, E; PEREIRA, J; LACERDA, D; ALVARENGA, J. Fórum Permanente de educação Popular em Saúde: Construindo Estratégias de diálogos e Participação Popular. **Revista. APS.** Juiz de Fora – MG, p. 554-559, Out/Dez, 2015. Disponível em: https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2643. Acesso em: 25/05/2018

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1992.

BARROS, I. C. **A importância da Estratégia de Saúde da Família:** contexto histórico. 2014. 34fls. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização em Atenção Básicaem Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais. Teófilo Otoni-MG, 2014.

BITENCOURT, A. M. **Ações educativas para orientação comunitária sobre o trabalho de uma equipe de saúde da família de Canápoles-MG.** [dissertação]. Uberaba-MG. Curso de especialização em atenção básica saúde da família, Universidade Federal de Minas Gerais. Ciências da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família:** uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS; 1997. Disponível em: http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 24/05/18.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília : CONASS, 248 f, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, **Política Nacional de Humanização**. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. 1ª edição, 2013a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União N 12,** 13 de junho de 2013. Seção 1. Página 59. 2013b. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual instrutivo para equipes de atenção básica e NASF.** Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília, 2017b.

BRASIL. IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Brasília. 2018. Disponível em: http://www.cidades.ibge.gov.br. Acesso: 06 de março de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de uso do sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC.** Brasília, 2019.

BONI, V; QUARESMA, S. **Aprendendo a entrevistar:** como fazer entrevistas em Ciências Sociais. [Em Tese], Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan. 2005. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976. Acesso em: 12 set. 2015.

BOURDIEU, P. **Campo do poder, campo intelectual e *habitus* de classe.** Tradução: Sérgio Miceli, organizador. 5ª edição. São Paulo: Perspectiva, 1998.

BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação.** Tradução: Maria Correia Campinas, tradutor. 2ª Edição. São Paulo: editora da universidade de são Paulo, 2008.

BOURDIEU, P; WACQUANT, L. D. **Réponses:** pour une anthropologie reflexive. Paris: Le Seuil, 1992.

CASSANDRE. M; QUEROL, A; BULGACOV, Y. **Metodologias intervencionistas:** contribuição teórico-metodológica dos princípios vigotskyanos para pesquisa

aprendizagem organizacional. Rio de Janeiro – RJ. Setembro, 2012. Disponível em: htpp:// www.anpad.org.br/admin/pdf/2012_eor1352.pdf. Acesso em: 15/07/2018.

CAMPOS, G. B. **Programa de Saúde da Família:** reorganização do trabalho na unidade industrial, 2016. 21fls. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização em saúde da família) – Universidade do estado do Rio de Janeiro. Universidade aberto do SUS. Espírito Santo, 2016.

CAMPOS, W. **Um método para análise e cogestão de coletivos:** a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 5ª Edição, São Paulo: Hucitec, 2015.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos R. A (Organizadores). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2001. p.113-126.

COTTA, R. M. M. et al. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 745-766, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09/11/2018.

DELGADO, A.C. **Organização do atendimento as demandas espontânea na unidade básica de saúde São Joaquim – MG.** [dissertação]. Belo Horizonte: Curso de especialização em saúde da família, Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.

DICIONÁRIO PORTUGUÊS. Material eletrônico, 2015. Disponível em: http://dicionarioportugues.org/pt/estudo. Aceso em: 13/06/2018.

ESMERALDO, G. R. O. V; OLIVEIRA, L. C; ESMERALDO FILHO, C. E; QUEIROZ, D. M. Tensão entre o modelo biomédico e a Estratégia Saúde da Família: visão dos trabalhadores de saúde. **Revista APS.** v.20, n.1, 2017. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/15786-Texto%20do%20artigo-67724-1-10-20170731.pdf. Acesso em: 14/06/2019.

FERTONANI, H; PIRES, D; BIFF,D; SCHERER, M. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Revista ciência & saúde coletiva.** v. 20, n.6, junho de 2015. Disponível em: https://doi.org/101590/1413-81232015206.13272014. Acesso em 02/07/2018.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. (Orgs.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco, p.181-93 2005.

PENEDO, R. M; GONÇALO, C. S; QUELUZ, D. P. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. **Interface-**

Comunicação, Saúde, Educação, v. 23, p. e170451, 2019. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/icse/2019.v23/e170451/pt/. Acesso em: 20/07/2019

GUIBU, I; MORAES, J; JUNIOR, A. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública. 2017.** v. 51, supl 2:17s. Disponível em http://www.rsp.fsp.usp.br/. Acesso em 19/04/2019.

GRISOTTI, M; PATRICIO, Z; SILVA, A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 15, n. 3, p. 831-840, Maio 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300026&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22/Jul. 2016.

GOMES, A; BERNADO, G; CARVALHO, F; OLIVEIRA,L; LIMA,S; MENDES, M. O papel da ouvidoria e dos conselhos de saúde no SUS: uma revisão integrativa da literatura. **Revista eletrônica gestão e saúde.** v.8 n.1, 20117. Disponível em: periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/23925. Acesso em 01\10\2018.

HEREDIA, M.H. **Proposta de intervenção sobre a atenção à saúde do homem na unidade de saúde Guarani em Belo Horizonte.** 2016. 34fls. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização em saúde da família). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2016.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica.** 7.edição. São Paulo: Atlas, 2010

LEAL, S. **Organização da demanda espontânea e programada de acordo com a estratificação de risco** [dissertação]. Porto Alegre. Curso de especialização em saúde da família, Universidade Federal de Ciências da Saúde, 2017. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/TCC%20St%C3%A9phanie%20Baz%20Cougo%20Leal.pdf. Acesso: em 23/04/2018.

LEFÈVRE, F. LEFÈVRE, A. Discurso do sujeito Coletivo: representações sociais e intervenções comunitárias. **Texto contexto enfermagem,** Florianópolis, v.23, n.2, p. 502 – 507, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00502.pdf. Acesso em: 20/10/18.

LIMA, C; OLIVEIRA, A; MACEDO,B; DIAS, O; COSTA, S. Relação profissional – usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualísta. **Ver. Bioética**, v.22, n.1, p. 152-60, 2014.

LIMA, R; CAMPOS, H. Campo e grupo: aproximação conceitual entre Pierre Bourdieu e a teoria moscoviciana das representações sociais. **Educação e pesquisa,** São Paulo, v.41, n.1, p.63-67, 2015.

LOPES, V. F; ANDRADE, M; WISNESKY, V. D. Educação permanente em saúde na Estratégia Saúde da Família: uma análise por meio de Bourdieu. **Revista de enfermagem UFPE.** Recife-PE, v.11, n.2, p. 736-741, Fev, 2017.

MARINHO, P.S. Gestão participativa nas políticas públicas no âmbito do sistema único de saúde: principais componentes e desafios. **Caderno ibero-Amer. Dir. sanit**; Brasília, v.4, n.2, abril/junho 2015.

MARTELETO, R; PIMENTA, R. **Pierre Bourdieu e a produção social da cultura, do conhecimento e da informação.** 1ª edição, Rio de Janeiro: Garamond, 2017.

MENDES, E. **Uma agenda para a saúde**. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

MENDES, E. **O Cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família, Brasília: OPAS, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, L; SILVA, L. J. SOUZA, F. Entre ausência de doenças e cuidado possível: a saúde segundo usuárias da Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, educação, saúde.** v, 17, n. 1. Rio de Janeiro, 2019.

MONTAGNER, M. A. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 2, p. 515-526, Junho 2006 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000200028&lng=en&nrm=iso. Acesso 27/10/2018.

MONTAGNER, M.A; MONTAGNER, M.I. A teoria geral dos campos de Pierre Bourdieu: uma leitura. **Revistas tempus actas de saúde coletiva.** p. 255-273, 2010.

NEPOMUCENO, L.B; PONTES, R.J.S. O espaço socioprofissional da Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva de psicólogos. **Psicologia: ciência e profissão.** v. 37, n. 2, p. 289-303, Abr/ Jun 2017.

PAIM, J. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 547-573

PARENTE, J. R. Planejamento participativo em saúde. **Revista sanare,** Sobral, v.10, n.1, p.54-61, janeiro/2011.

PETROLINA. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Coordenação da atenção básica. **Descrição das equipes da Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo de apoio à Saúde da Família**. Petrolina-PE, 2018.

PINALI, T.A. **Sensibilização comunitária para enfrentamento da demanda espontânea em Estratégia Saúde da Família.** [dissertação]. Belo Horizonte-MG. Curso de especialização em saúde da família, Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.

PRADO, E; SARMENTO, D; COSTA, L. O diálogo como estratégia de promoção de participação popular no SUS. **Ver. APS**, v.18, n.4, p. 424-429, out/dez/2015.

RAMOS, F.L.P. et al. Contribuições da epidemiologia social para a pesquisa clínica em doenças infecciosas. **Revista pan-amazonia-saúde, ananindeua.** v.7, n.esp, p. 221-229, Dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s2176-62232016000500221&ing=pt&nrm=iso. Acesso em: 25/04/2017

RIBEIRO, H.A; RENNÓ, H. M. S; GONTIJÓ, T. L; CAVALCANTE; R. B. Processo de trabalho do profissional de nível médio de enfermagem na estratégia saúde da família. **Recom,** v.6, n. 3, 2016.

REY, F; BIZERRIL, J. **Saúde, cultura e subjetividade:** uma referênia interdisciplinar**.** Editora:UNICEUB - Centro Universitário de Brasília, Brasilia, 2015. Disponível em: http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/5756/1/Sa%C3%BAde_Cultura_Subjetividade.pdf?hc_location=ufi#page=9. Acesso em: 25/05/2018.

RIVERA, U. J. F. Planejamento de saúde. In: PEREIRA, B. I.; LIMA, F. C. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

ROCHA, H. **Demanda espontânea da unidade básica de saúde de cachoeirinha em Belo Horizonte: plano de intervenção.** [dissertação]. Belo Horizonte: Curso de especialização em saúde da família, Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.

SANTOS, K. RIBEIRO, M. Motivos de consulta mais comuns das pessoas atendidas por uma equipe de saúde da família em Fortaleza - CE. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v 10, n. 37, 2015. Disponível em http:QQdx.doi.org/10.5712/rbmfc10(37)831. Acesso em: 19/04/2019.

SANTOS, L. A. dos; TORRES, A. L; FERREIRA, M. G. F. Planejamento estratégico: instrumento transformador do processo de trabalho em saúde. **R.Laborativa**. v. 8, n. 1, p. 57-81, abr./2019. Disponível em: http://ojs.unesp.br/indexphp/rlaborativa. Acesso em: 1508/2019.

SILVA, T; MOTTA, R. A percepção dos usuários sobre a política de saúde na atenção básica. **Ver. Mudanças – psicologia da saúde,** v.23, n.2, 2015.

SILVA, A. G. Jr. **Modelos tecnoassistenciais em saúde:** o debate no campo da saúde coletiva. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

SILVA, T.F; DAVID, H.M.S.L. O campo da Atenção Básica: uma reflexão pela lente de Pierre Bourdieu. **Revista social & Humanas.** V.31, n.3, 2018.

SOUTO, L.R.F; OLIVEIRA, M.H.B. Movimento da reforma sanitária brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde & Debate.** Rio de Janeiro, v.40, n. 108, p. 204-218, março 2016.

SOUZA, C; BOTAZZO, C. Construção social da demanda em saúde. **Physis: revista de saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 393-413, 2013.

SULTI, A; LIMA, R; FREITAS, P; FELSKY, C; GALAVOTES, H. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate,** 49, n. 104, p. 172-182, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00172.pdf. Acesso em 13/10/2018

TEXEIRA, T.G.A. **Perfil do usuário da demanda espontânea e a efetivação do acolhimento no Programa Saúde da Família.** 2014. 22fls. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização em saúde da família) – Universidade Federal de Minas Gerais. Bom Despacho-MG, 2014.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa ação.** 18ª edição. São Paulo: cortez, 2011.

TOCCI, A; COSTA, E. A gestão em saúde após a política nacional de humanização no Sistema Único de Saúde-SUS. **Revista uningá,** Maringá-PR, n.40, p. 197-206, abril/junho 2014.

TONI, J. O que é planejamento estratégico situacional? **Revista Espaço Acadêmico**, n. 32, 204. Disponível em: http://www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm. Acesso em: 16/08/2019

VERGARA, S. C.; FERREIRA, V. C. P. Teoria das representações sociais: uma opção para pesquisas em administração. **Revista Angrad,**. v. 8, n. 2, p. 225-241, 2007.

VIEGAS, A; CARMO, R; LUZ, Z. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de saúde de referência. **Revista saúde.soc,** São Paulo, v.24, p. 100-112, 2015.

VILLA, E. A; ARANHA, A. V. S; SILVA, L. L. T; FLÔR, C. R. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**, v. 39, n. 107, p. 1044-1052, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01044.pdf. Acesso em 27 jul 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA CONVITE

Eu, Mykaelly Pereira Clemente, enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Petrolina-PE e aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Convido o Senhor(a) _____, na categoria de representante _____ a participar de um plano de ação de corresponsabilização entre gestores, profissionais e usuários para a reorientação da demanda espontânea da Unidade Básica de Saúde do Projeto Maria Tereza (Km 25)

O encontro inicial será realizado no dia _____/ _____/ 2019 às _____ horas na unidade básica de saúde do km25 e posteriormente uma nova data será repassada para realizarmos um seminário de intervenção.

Contamos com sua presença!

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1- Estratégia de Saúde da Família

- O que você entende por Estratégia de Saúde da Família?
- Na sua opinião, quais tipos de atendimento devem ser realizados na ESF?
- Como você acha que deve ser a marcação de consulta na ESF?
- Na sua opinião, o que a equipe de saúde do km 25 deve fazer para conciliar o atendimento da demanda programada com a demanda espontânea?

2 - Gestão Participativa

- Para você o que significa gestão participativa?
- Você, como representante da (gestão/ profissionais/usuários), o que poderia fazer para resolver a problemática da demanda no km 25?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

MYKAELLY PEREIRA CLEMENTE, pesquisadora responsável, RG Nº 200034042785, mestranda pela Universidade Regional do Cariri-URCA, está realizando a pesquisa intitulada GESTÃO PARTICIPATIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: Uma trajetória de análise, diálogo e pactuação de metas para a reorientação da demanda espontânea; que tem como objetivo construir um plano de ação de corresponsabilização entre profissionais, gestores e usuários para a reorientação da demanda espontânea em uma unidade rural do município de Petrolina-Pe. Para isso, está desenvolvendo um pesquisa-ação que consta de quatro fases: exploratória, planejamento, implementação e avaliação onde apresentaremos os objetivos da pesquisa e esclarecimentos acerca do objeto de estudo e seminário de acompanhamento.

Por essa razão, o (a) Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em participar da entrevist,a a ser realizada ainda na fase exploratória, e do seminário de acompanhamento. O(s) procedimento(s) utilizado(s) apresentam risco mínimos em relação a danos, mas se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal comprovadamente vinculado a sua participação, terá direito a indenização determinada por lei. Os benefícios esperados com o estudo é que essa pesquisa corrobore com o entendimento de que a participação da sociedade civil na esfera pública é essencial para a construção, efetivação e defesa do SUS e que as ações que serão elaboradas venham a contribuir para a orientação das demandas facilitando o processo de trabalho da equipe da estratégia saúde da família.

Esta é a oportunização de se efetivar a assistência dimensionada ao valor de quem é assistido, é além da introdução de um novo olhar, um fazer ativo implementando a corresponsabilidade dos sujeitos sociopolíticos em estudo. Toda as informações que o (a) Sr.(a) nos fornecer será utilizada somente para esta pesquisa. Seus dados pessoais e suas respostas serão confidenciais e seu nome não aparecerá nas entrevistas, gravações e em relatórios e nem quando os resultados forem apresentados.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso o (a) Sr.(a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também

não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a entrevista.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar por Mykaelly Pereira Clemente, residente na Rua do Bolero, n. 70, Jardim Imperial, Petrolina-PE, telefone: (87) 988192618. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, da Universidade Regional do Cariri, localizado à Rua Coronel Antônio Luiz, 1161, 1º andar, Bairro Pimenta, CEP 63.105-000, telefone (88)3102.1212 ramal 2424, Crato CE.

Se o (a) Sr. (a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

APÊNDICE D- TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a)_____, portador(a) da cédula de identidade_____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores.

Ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Crato-Ce, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do participante ou Representante legal

Impressão dactiloscópica

_____

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE E

PROGRAMAÇÃO DO SEMINÁRIO DE INTERVENÇÃO

I ENCONTRO ENTRE GESTORES, PROFISSIONAIS E REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO PROJETO MARIA TEREZA (KM 25).	
DATA: 30/07/2019	
HORÁRIO: 08:00 – 13:00	
PÚBLICO ALVO: Gestores de saúde, profissionais da Estratégia Saúde da Família e líderes comunitário.	
PROGRAMAÇÃO	
08:00 – 08:30	Recepção aos participantes
08:30 – 09:00	Dinâmica de Apresentação
09:00 – 09:40	Apresentação dos dados da fase exploratória
09:40 – 10:40	Debate/ discussão
10:40 – 11:20	Mediação das necessidades de aprendizagem do grupo
11:20 – 12:00	Elaboração do plano de ação
12:00 – 12:40	Apresentação da proposta e ajustes necessários
12:40 – 13:00	Encerramento e lanche de confraternização

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA

PETROLINA

CARTA DE ANUÊNCIA

Aceito os pesquisadoras , Mykaelly Pereira Clemente, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rededе Norderte em Formação em Saúde da Família – RENASF, nucleadora Universidade Regional do Cariri – URCA, a desenvolver o Projeto de Pesquisa intitulado: "PROPOSTA DE REORIENTAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA", sob a orientação do Professor Antônio Germane Alves Pinto. A pesquisa será no periodo Janeiro a Outubro de 2019 na Unidade Básica de Saúde do Projeto Maria Tereza, KM 25, Petrolina – PE.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 CNS/MS;

2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa inclusive um relatório final dos resultados alcançados;

3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa; e

4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Petrolina, 27/11/2018

Thereza Christina da Cunha Lima Gama

Supervisão de Ensino e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina

Secretaria Municipal de Saúde
Avenida Fernando Goes, S/N, Centro, Petrolina – PE. CEP 56304-020
E-mail: secretariadesaudepetrolina@outlook.com
CNPJ: 06.914.894/0001-01