

# A produção do cuidado no cotidiano das Equipes de Saúde da Família

*The production of care in the routine of Family Health Teams*

*La producción del cuidado en el cotidiano de los Equipos de Salud de la Familia*

**Regina Cavalcante Agonigi<sup>1</sup>, Simone Mendes Carvalho<sup>1</sup>,  
Mary Ann Menezes Freire<sup>1</sup>, Lucas Fernandes Gonçalves<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

## Como citar este artigo:

Agonigi RC, Carvalho SM, Freire MAM, Gonçalves LF. The production of care in the routine of Family Health Teams. Rev Bras Enferm [Internet]. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 6):2659-65. [Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0595>

Submissão: 29-08-2017

Aprovação: 24-03-2018

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar os fatores que interferem na produção do cuidado no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Pesquisa qualitativa realizada com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), nas unidades de saúde da Rocinha/RJ. Para análise dos dados, utilizou-se a rede temática, proposta por Attride-Stirling. **Resultados:** O cotidiano das Equipes na Produção do Cuidado foi a denominação da rede formada pelos seguintes temas: *escalas de atendimento das equipes; problemas estruturais das Unidades de Saúde da Família; padronização dos protocolos; desafios para a produção do cuidado; e cobranças da gestão micro e macro.* **Considerações finais:** A produção do cuidado pelas Equipes de Saúde da Família é desafiada quando essas cuidam para além do que está imposto nos protocolos organizacionais da ESF, reflexo da complexidade para a atuação e para o cuidar em territórios com disparidades sociais. **Descritores:** Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Grupos Focais; Saúde Pública; Pesquisa Qualitativa.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the factors interfering in the production of care in the daily work of health professionals from the Primary Health Care. **Method:** Qualitative research carried out with Family Health Strategy (FHS) teams, in the health units of Rocinha (Rocinha is a favela located in the South Zone of the city of Rio de Janeiro, Brazil). To analyze the data, the thematic network proposed by Attride-Stirling was used. **Results:** The routine of Teams in the Production of Care was the denomination of the network formed by the following themes: *scales of services of the teams; structural problems of Family Health Units; standardization of protocols; challenges for the production of care; and collections of micro and macro management.* **Final considerations:** The production of care by Family Health Teams is challenged when they take care beyond what is imposed in the organizational protocols of the FHS, reflecting the complexity of working and caring in territories with social disparities. **Descriptors:** Nursing; Primary Health Care; Focal Groups; Public Health; Qualitative Research.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar los factores que interfieren en la producción del cuidado en el cotidiano de trabajo de los profesionales de salud que actúan en la Atención Primaria de Salud. **Método:** Investigación cualitativa realizada con los equipos de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), en las unidades de salud de la Rocinha, estado del Rio de Janeiro. Para el análisis de los datos se utilizó la red temática, propuesta por Attride-Stirling. **Resultados:** El Cotidiano de los Equipos en la Producción del Cuidado fue la denominación de la red formada por los siguientes temas: *escalas de atención de los equipos, problemas estructurales de las unidades de salud de la familia, estandarización de los protocolos, desafíos para la producción del cuidado y cobranzas de la gestión micro y macro.* **Consideraciones finales:** La producción del cuidado por los Equipos de Salud de la Familia es desafiada cuando éstas cuidan más allá de lo que está impuesto en los protocolos organizacionales de la ESF, reflejo de la complejidad para la actuación y para cuidarlo en territorios con disparidades sociales. **Descritores:** Enfermería; Atención Primaria a la Salud; Grupos Focales; Salud Pública; Investigación Cualitativa.

AUTOR CORRESPONDENTE Regina Cavalcante Agonigi E-mail: [regina.agonigi87@gmail.com](mailto:regina.agonigi87@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

O processo de produção de cuidado tem o usuário como componente central e é construído a partir dos vários encontros entre usuários e trabalhadores da saúde. Esses encontros visam autonomizar esse usuário e possibilitam sua tomada de decisão compartilhada com os trabalhadores da saúde. O trabalho vivo em ato é desenvolvido pelos trabalhadores seja na forma de acolhimento, de responsabilização ou de resolutividade<sup>(1)</sup>.

O usuário que procura um serviço de saúde traz consigo sua história, suas relações sociais e culturais. Portanto, o cidadão faz parte de seu próprio cuidado, pois há uma interação entre os trabalhadores e usuários na busca de soluções para suas necessidades em saúde<sup>(2)</sup>.

O processo de trabalho em saúde deve ser baseado nas relações que ocorrem a partir do encontro e ato, ou seja, sendo produzido e consumido ao mesmo tempo. Como consequência, temos uma liberdade que leva a processos de inovação e mudança na produção do cuidado no cotidiano das equipes de saúde, possibilitando ao trabalhador um autogoverno sobre o seu processo de trabalho. A micropolítica do processo de trabalho em saúde é uma produção dinâmica, desenvolvida no meio social que os indivíduos se encontram, nas relações cotidianas estabelecidas pelos trabalhadores, e entre esses e os usuários<sup>(3)</sup>.

Nesse sentido, a micropolítica ocorre a partir da ação diária de cada pessoa em seus espaços de trabalho, levando a mudanças e a ressignificações que podem transformar os projetos terapêuticos singulares a partir de pequenos atos cotidianos, que não são fixos e imutáveis, como o ato de acolher. O trabalhador tem a possibilidade de mudar o seu processo de trabalho, pois o ato de cuidar é sempre singular, realizado a partir de um encontro que nunca será o mesmo<sup>(4)</sup>.

Os atos cuidadores podem ser produzidos por todos os trabalhadores de um serviço de saúde, como acolher, escutar e criar vínculos. Cada um traz um olhar diferenciado que contribui para a compreensão e comunicação com os usuários, possibilitando-os a ocupar um lugar como agente ativo na produção de sua saúde<sup>(5)</sup>.

Produzir cuidado deslocado dos referenciais prescritivos e homogeneizantes no campo da saúde torna-se necessário para todos os profissionais de saúde, visto que só poderá ser construído a partir de um projeto terapêutico singular com o usuário do serviço. Somente a partir de suas demandas é que se pode traçar o cuidado, intervindo nas suas necessidades para o alcance de uma ação resolutiva.

As tecnologias duras e leve-duras, como a utilização de protocolos e manejo de indicadores, são importantes para as ações em saúde, mas não podem engessar os profissionais e serem norteadoras do cuidado. Os indicadores de saúde e a produção das equipes demonstram resultados quantitativos que refletem uma realidade do cenário do cuidar, devendo ser consonantes com um planejamento do cuidado que considere as necessidades dos usuários e as especificidades do território em que estão inseridos, não impedindo a potência do trabalho vivo em ato.

As Equipes de Saúde da Família no seu cotidiano produzem atos que podem ser identificados como uma “improvisação”, fugindo de protocolos pré-estabelecidos e rotinas padronizadas, com o objetivo de ressignificar as necessidades que o usuário

apresenta no serviço de saúde. Os atos inusitados que não são normatizados podem surgir a partir do encontro entre o usuário e o trabalhador, para enfrentar os obstáculos ao encaminhamento de um projeto terapêutico singular<sup>(4)</sup>.

## OBJETIVO

Identificar os fatores que interferem na produção do cuidado no cotidiano de trabalho das Equipes de Saúde da Família. Utilizou-se como referencial teórico os conceitos e discussões de produção do cuidado na micropolítica do trabalho vivo em ato, que busca no usuário dos serviços de saúde o seu mais profundo significado<sup>(1)</sup>.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

Trata-se de um recorte da dissertação de mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UNIRIO). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro e pelo Comitê de Ética da Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

### Tipo de estudo

Pesquisa qualitativa que se fundamentou nas especificidades inerentes à pesquisa social, compatível com a temática de processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família como fenômeno social complexo<sup>(6)</sup>.

### Cenário do estudo

O estudo foi realizado nas três Unidades de Saúde da Família da comunidade da Rocinha/RJ, território caracterizado por inúmeros contrastes sociais. Dentro de uma mesma unidade de saúde, que são divididas em áreas e microáreas, há nítidas diferenças sociais. Algumas áreas há comércio, saneamento básico, casas de alvenaria em boas condições e em outras há casas construídas com restos de materiais de construção, com risco de desabamento e sem nenhuma infraestrutura.

Dentre os principais serviços ofertados pelas Unidades Básicas de Saúde, temos a coleta de exames laboratoriais, exame de gravidez e baciloscopia, curativos, vacinas, administração de medicação, aferição de sinais vitais, acolhimento, consultas médicas e de Enfermagem.

### Fonte de dados

Os componentes dos grupos focais foram os profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família, nas unidades do território da Rocinha/RJ.

### Coleta dos dados

Os dados foram produzidos através do grupo focal que tem como objetivo planejar intervenções em saúde e discutir a realidade, visando coletar informações sobre um tema específico, através da discussão entre os participantes, sendo importante que ocorra uma interação entre o pesquisador e os participantes, levando a troca de experiências, conceitos e opiniões<sup>(7)</sup>.

Os grupos focais foram realizados durante as reuniões de equipe que acontecem em dias diferentes da semana e tiveram a duração média de cinquenta minutos. As equipes foram escolhidas por meio de sorteio o qual ocorreu na semana que antecedia as reuniões das equipes. O sorteio teve a participação dos gerentes das unidades e um representante de cada equipe. Foi estabelecido pela autora o quantitativo de duas equipes por unidade, perfazendo um total de seis Equipes de Saúde da Família das três unidades de saúde da Rocinha, a qual tem 100% de cobertura pela ESF.

Os resultados desse estudo foram produzidos através da realização dos seis grupos focais ocorridos nos meses de Fevereiro e Março de 2017. O total de participantes foi de quarenta e cinco profissionais das seis diferentes equipes sorteadas.

Os participantes foram vinte e seis ACS (Agente Comunitário de Saúde), seis enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, dois técnicos em Enfermagem, quatro médicos de saúde da família, três residentes de Enfermagem, três residentes médicos e um farmacêutico. Em cada grupo participaram em média oito profissionais de saúde.

Os ACS realizam uma interlocução entre os membros da Equipe Saúde da Família e a comunidade, pois fazem parte desse território, levando à criação de vínculo e acolhimento dos usuários. Os enfermeiros da ESF são os líderes das equipes, articulam os diversos atores para a produção do cuidado, realizam consultas, exames, atividades coletivas. Os médicos da saúde da família atuam diretamente na assistência a saúde da população, e não é uma obrigatoriedade serem especialistas em Saúde da Família.

### Organização e análise dos dados

Para produzir as discussões nos grupos focais foi utilizado um roteiro composto por questões temáticas sobre a produção do cuidado dos profissionais da Equipe de Saúde da Família. Os questionamentos dispostos para cada encontro foram: *O que vocês entendem como cuidado em saúde?; Como se desenvolve o trabalho da equipe? De que forma as ações são planejadas e organizadas pela equipe?; Vocês acham que as condições sociais/econômicas influenciam a saúde da população atendida pela equipe? De que forma?; Quais as potencialidades e/ou fragilidades para que o cuidado/ações na saúde da família seja realizado de forma integral?.*

Essas questões foram utilizadas como norteadoras das discussões, de forma a permitir que todos pudessem dar sua contribuição e opinião sobre o cuidado, a organização do processo de trabalho na unidade e o cotidiano da equipe.

Para a análise dos dados, utilizou-se a proposta de Attride-Stirling, especificada como rede temática. A aplicação de redes temáticas é uma forma de organizar os dados qualitativos com o objetivo de facilitar a estruturação e representação das informações que surgem nos grupos focais. A codificação dos dados coletados permite reduzi-los como um resumo com base nas questões da pesquisa, utilizando palavras específicas que são aplicadas para dissecar segmentos do texto, permitindo a identificação de padrões. Após esse processo, é necessário refinar essas informações de forma a encapsular um conjunto de ideias. Cada tema deve ser específico o

suficiente para pertencer a uma ideia, mas suficientemente amplo para encontrar expressões em diferentes segmentos do texto. Os temas identificados fornecem a fonte para as redes temáticas. Os temas semelhantes são agrupados de acordo com a similaridade e coerência<sup>(8)</sup>.

Os dados foram organizados de acordo com os temas que surgiram nos grupos focais e obedeceram a seis passos. Primeiro ocorreu a codificação do material para revelar os trechos dos textos mais significativos. Após essa etapa, os temas foram identificados e transcritos em um novo documento. No terceiro momento, construiu-se as redes temáticas e identificação das macro categorias. Nessa etapa, todos os temas que tiverem similaridade foram agrupados, depois descritos para posterior exploração das redes temáticas, buscando uma profunda compreensão das informações. No quinto passo organiza-se um sumário dos temas e por último realiza-se a interpretação dos dados<sup>(9)</sup>.

Dessa forma, os dados da pesquisa foram codificados de acordo com as temáticas em comum, formando assim os temas, como exemplo, para surgir o tema *problemas estruturais*, as palavras específicas identificadas nas discussões dos grupos focais foram: infra-estrutura, espaço físico e recursos, o que levou à identificação de um padrão comum servindo de fonte de análise. Todos os temas surgem anteriormente à rede temática. São os temas que levam à elaboração de uma rede temática.

## RESULTADOS

A análise dos grupos focais proporcionou o surgimento dos seguintes temas: *escalas de atendimento das equipes; problemas estruturais das Unidades de Saúde da Família; padronização dos protocolos; atuação das equipes no território; cobranças da gestão micro e macro*. A rede temática que surgiu a partir desses temas foi: *cotidiano das equipes na produção do cuidado*. Essa categorização permitiu identificar os fatores que interferem na produção do cuidado, trazendo a reflexão sobre o processo de trabalho que se torna distante algumas vezes das necessidades dos usuários. Os nomes das equipes foram substituídos por números de 1 a 6 para assegurar a confidencialidade das informações.

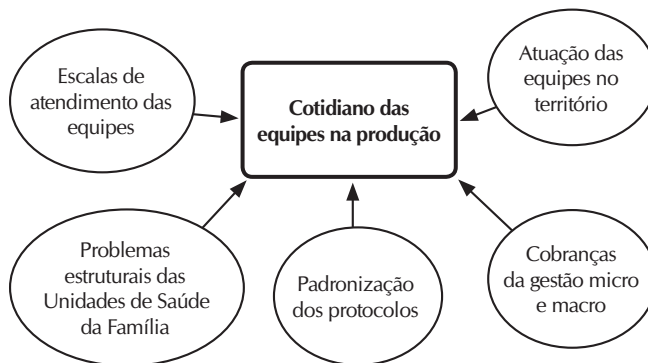


Figura 1 - Rede de temas

**Quadro 1 – Cotidiano das equipes na produção do cuidado**

Temas	Falas
Escalas de atendimento das equipes (2.1)	<p><i>O mais angustiante são essas escalas permanentes no nosso trabalho, permanente na clínica, isso desgasta. (Grupo 1)</i></p> <p><i>As escalas tomam muito o nosso tempo, que nós precisaríamos para ter um cuidado com mais tempo, assim a gente acaba atropelando tudo, a gente até faz, mas às vezes nem conclui coisas por causa disso, por conta do tempo, a escala é feita pelo administrativo da unidade. (Grupo 5)</i></p> <p><i>Em algumas situações a rotina da unidade atrapalha o cuidado, às vezes a gente não tem o técnico de Enfermagem mais próximo. (Grupo 4)</i></p> <p><i>Os fluxos dificultam principalmente quando se impõe grupos, você não está afim de participar mas é obrigado, porque isso vai atrapalhar num DOTS [tratamento diretamente observado], numa VD [visita domiciliar], não é planejada, chega e tem que fazer, tem que ir em outros órgãos, ir na creche fazer a pesagem e medir, fazer a escovação, ciclo de debates. (Grupo 6)</i></p>
Problemas estruturais das Unidades de Saúde da Família (2.2)	<p><i>A infraestrutura também é o que atrapalha mais, até a comunicação mesmo, a organização falta. (Grupo 4)</i></p> <p><i>O próprio teste rápido que é feito no final do corredor, com um biombo, não tem uma sala, uma privacidade para o paciente, tem o biombo ali, mas tem gente que vai lá bota a cara, tá com o ouvido ligado. (Grupo 5)</i></p> <p><i>Nós tínhamos né nossa sala, que era nosso espaço, né, mas por conta das residências que chegaram, nós fomos chutados, chutados, ninguém pediu, chutado mesmo, tiraram essa sala para fazer de atendimento. (Grupo 1)</i></p> <p><i>Eu gosto de chegar cedo aqui porque eu sei que se eu não chegar cedo não vou encontrar um computador... (Grupo 2)</i></p> <p><i>Então assim esse lançamento da gente, o material para a gente trabalhar, que é o computador a gente não tem, e não tem resposta, foi já várias vezes falado em reunião geral pedido, implorado, que a gente precisa de um espaço decente, para a gente pelo menos ter o nosso, um computador por equipe. (Grupo 1)</i></p> <p><i>Por exemplo, vocês tem que ir para a área fazer a ficha e hoje nós temos a otics que facilita o trabalho, se tivesse um tablet também facilitaria. (Grupo 3)</i></p> <p><i>Deveria ser disponibilizado mais recursos para a gente fazer esse acompanhamento aqui e registrar do jeito que eles querem, um computador só eu acho que não é o suficiente, por mim eu queria aquele palm-top que eu já ia para a área, eu sento na porta do paciente e eu na hora, não perderia isso. (Grupo 5)</i></p>
Padronização dos protocolos (2.3)	<p><i>A gente acaba não tendo tempo, a gente perde muito tempo, a gente não vai padronizar uma visita em trinta minutos, não tem como, uma casa a gente fica 20 na outra fica uma hora, tem casas que a gente fica quatro horas, porque as pessoas não param e você não quer, ser indelicado e ir embora, e você precisa escutar. (Grupo 5)</i></p> <p><i>O Saúde da Família já vem com uma linha né, um propósito, ele já te dá uma planilha de trabalho, ele te obriga a trabalhar com essa linha aí, e essa variável linda, a princípio ele te dá até uma numeração básica, assim, simbólica, que para a quantidade de pessoas existe, uma quantidade de doença, ele já te dá isso, e não necessariamente, é assim, então a gente tem uma briga diária, no cotidiano da gente, não é normal. (Grupo 3)</i></p> <p><i>É você querer que a pessoa tenha um negócio padronizado para todos, o cara não quer e aí, não quer não quer, você não tem como obrigar, às vezes é só o tempo que, vai fazer ele se aproximar daqui, às vezes, conhecer o espaço ver que outro já conseguiu, entendeu? (Grupo 1)</i></p> <p><i>Sem contar que nem sempre para consulta é só 30 minutos, né, tem consulta que a gente vai ver, tá em mais de uma hora. (Grupo 3)</i></p> <p><i>Então nós vamos estar com ele 24 horas, entende, é muito corrido, não tem como você cronometrar, você não trabalha de acordo, eu não tenho como fazer um atendimento se o Saúde da Família te diz que você tem que atender de 8 a 12 pessoas marcadas, mas você não consegue fazer isso, você atende de 12 a 20, e tem que ser feito em quantos minutos? Em trinta? Em trinta minutos você vai ter que preencher todos aqueles campos, como você coloca isso? (Grupo 3)</i></p>
Atuação das equipes no território (2.4)	<p><i>Ao mesmo tempo que a gente não tem dificuldade, a gente tem a dificuldade, de entrar, por mais que você diga que não tem. Todo mundo vai ter. (Grupo 3)</i></p> <p><i>Aí eu não fui porque estava tendo guerra, mas não tem ninguém falando em guerra, não apareceu guerra nenhuma na televisão, não tem nada dizendo, que estava, vermelho, verde, amarelo, perai mas não é assim não. (Grupo 3)</i></p> <p><i>Então tem alguns casos que seriam de pronto atendimento, a gente sabe que não seria de clínica da família, que seria de UPA, mas acaba vindo para cá, e acaba sobrecarregando a clínica da família. (Grupo 4)</i></p> <p><i>A gente anda por cima de esgoto, a gente anda pelos becos, batendo os pés no chão pro rato poder fugir, senão ele morde, e assim gente. A gente tem que andar batendo os pés no chão, que é pro rato não morder a gente, e assim a gente segue, então você acaba achando aquilo, você faz no costume, você já vai fazendo. (Grupo 3)</i></p> <p><i>Demanda espontânea, número muito grande de pessoas para atender, então é complicado atender bem, sabendo que em uma manhã tem trinta pessoas para você atender. (Grupo 6)</i></p>
Cobranças da gestão micro e macro (2.5)	<p><i>Eu acho que a gente é cobrado, por bastante coisa, a gente é cobrado por números, bastante números, a gente é cobrado. (Grupo 3)</i></p> <p><i>É cobrança de todos os níveis, não é só a gerência local, eu tenho uma CAP [coordenação da área programática], eu tenho um call-center, que fica mandando e-mail, a todo o momento, então assim eu tenho cobranças que não é só o atendimento do paciente, porque se isso fosse o nosso maior problema, atender 3 mil pacientes, ia ser oh mamãozinho com açúcar, mas não é, porque essas chatices ou essas coisas que não dão certo e a gente precisa ficar pensando em soluções, em alternativas. (Grupo 3)</i></p>

## DISCUSSÃO

Os temas que surgiram nessa rede temática demonstraram a complexidade do processo de trabalho das Equipes da Estratégia Saúde da Família para se produzir o cuidado. A micropolítica do processo de trabalho que acontece no cotidiano da prática desses trabalhadores é perceptível quando trazem a sua prática cotidiana e suas experiências que os levam a produzir o cuidado de acordo com o que vivenciam no seu meio social.

A princípio, os profissionais pareciam receosos sobre a temática, mas o desenrolar da discussão originou um debate enriquecedor sobre o cotidiano do trabalho dessas equipes nas unidades de saúde. Os grupos focais ocorreram nas reuniões de equipe que são programadas e fazem parte do cotidiano de trabalho, dessa forma não ocorreu prejuízo das atividades das unidades de saúde.

Os profissionais mais participativos em todos os grupos focais foram os enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde. Esse aspecto reflete o processo de trabalho desses trabalhadores, visto que eles estabelecem um maior vínculo com a população e entre si. O enfermeiro como referência da equipe é um ator expressivo no processo de cuidar da equipe. Os Agentes Comunitários de Saúde, por serem moradores da área que atuam, vivenciam e se relacionam com a população do território de forma intensa.

Portanto, ressalta-se, que a micropolítica do processo de trabalho em saúde reflete uma produção individualizada do cuidado, gerada pelas relações dentro das equipes que são criadas a partir de linhas de contato entre os agentes sociais e o meio social onde cada um está inserido, que constituem uma fonte de produção da realidade com múltiplas conexões e fluxos<sup>(4)</sup>.

### 2.1 Escalas de atendimento das equipes

As escalas referem-se aos locais que os profissionais são distribuídos para atuar diariamente nas unidades de saúde. Esses locais são: o guichê onde os ACS recebem os usuários; teste rápido (HIV, Sífilis) realizado pelos enfermeiros. Em muitos cenários, essas solicitações partem da administração da unidade e não dos enfermeiros das equipes. Isso tem um reflexo negativo para as equipes que perdem a referência de uma liderança, visto que o enfermeiro é o coordenador da sua equipe, e pode organizá-la de forma a não comprometer o vínculo com os usuários e as atividades que a equipe deve desenvolver na sua área.

A necessidade de saúde para o usuário pode ser vista como um problema, mas nem sempre, devido às inúmeras atribuições que os profissionais têm, consegue ser base para se construir uma relação entre os serviços de saúde e os usuários. Dessa forma, o trabalho é visto somente como uma prática operacional e não há um processo recíproco de produção<sup>(1)</sup>.

As equipes demonstraram preocupação em produzir cuidado integral para a população. Apesar das inúmeras atribuições, as equipes procuram adequar sua rotina de acordo com a necessidade de seus usuários. Reconheceram que muitas necessidades desses indivíduos, não serão resolvidas somente com a realização de procedimentos ou com condutas pré-estabelecidas. Para que se alcance um cuidado eficaz é necessário principalmente acolher e ouvir o usuário.

Ressalta-se que há uma rotina no trabalho com a organização de escalas. Mas é importante destacar que os enfermeiros das Equipes de Saúde da Família tenham autonomia para realizar as escalas, visto que os mesmos têm o domínio sobre o processo de trabalho de sua equipe e da necessidade de sua área que difere de acordo com cada microárea.

### 2.2 Problemas estruturais das Unidades de Saúde da Família

Os profissionais apontaram que os problemas estruturais existentes nas unidades de saúde dificultam o cotidiano de trabalho das equipes. As unidades são pequenas e não suportam o contingente de profissionais, o que afeta o trabalho e o desempenho dos mesmos.

Outro item mencionado foi a escassez/insuficiência de alguns equipamentos, como computadores, que são utilizados para registro das informações no prontuário eletrônico. Apesar disso, as cobranças de atualização e alimentação dessas informações são frequentes, o que precariza ainda mais o trabalho das equipes.

Desse modo, os trabalhadores da saúde ficam desestimulados em realizar suas atividades. Além disso, há uma precarização dos vínculos de trabalho que levam a uma alta rotatividade dos profissionais, principalmente de enfermeiros e médicos, reforçada por uma má condição de trabalho<sup>(10)</sup>.

Outro fato evidenciado pelas equipes foi a não realização das visitas domiciliares e de grupos de saúde devido às atividades burocráticas, que são delegadas aos enfermeiros e aos ACS por parte da administração e gerência das unidades de saúde.

### 2.3 Padronização dos protocolos

A padronização é relevante e apontada nas falas como algo que não permite a realização do cuidado de forma integral, pois o usuário não é visto de forma individualizada, mas como um padrão pré-estabelecido de ações que devem ser cumpridas e executadas, segundo as metas e requisitos exigidos.

A gestão acredita que para se alcançar uma boa prática nos serviços de saúde é necessário ditar regras, trabalhar conforme protocolos e estabelecer quais são as boas práticas para os profissionais. A gestão deveria considerar que o projeto para o cuidado também deve ser um projeto do próprio trabalhador<sup>(11)</sup>.

A obrigatoriedade do cadastramento dos usuários também segue um padrão onde todos devem ser registrados. Em áreas com presença de violência, esse registro se torna um grande desafio para os agentes de saúde, visto que estes devem criar vínculo na área e ganhar a confiança da população do território para tornarem-se facilitadores do processo de trabalho da equipe.

Outro item discutido foi o tempo de duração estipulado padronizado para as consultas. O encontro entre os usuários e os profissionais, que é individual, torna-se mecânico. A determinação de metas de atendimento/tempo para as consultas, sobretudo as de Enfermagem, prejudica o acolhimento das necessidades desse usuário na sua integralidade.

O ato de saúde não deve ser reduzido à execução de procedimentos, com protocolos determinados e número de atendimentos por hora. Dessa forma, o usuário é dividido em uma variedade de atos técnicos que nem sempre têm resolutividade, onde o produto relacionado ao cuidado se reduz às práticas corporativistas que visam a geração do alcance de resultados

através da produção de procedimentos de forma mecanizada e padronizada<sup>(12)</sup>.

Com isso, o encontro entre o profissional e o usuário é distanciado pelo uso excessivo das tecnologias duras e leve-duras em detrimento das tecnologias leves, que permite que o trabalho vivo em ato seja desenvolvido de forma singular, sendo produto das relações de escuta e responsabilizações que se articula para construir vínculos de compromisso em projetos de intervenção. Esse processo pode ser realizado por qualquer trabalhador da saúde, levando a possibilidade de se criar uma micropolítica do processo de trabalho centrada no usuário<sup>(13)</sup>.

O conceito de equidade também deve ser considerado e é definido como a forma de reconhecer as diferenças entre os indivíduos com a produção de um cuidado adequado a cada necessidade individual no intuito de reduzir as desigualdades existentes. Na saúde, a equidade é o justo momento que todos têm em atingir o seu potencial em saúde, considerando o contexto em que vivem<sup>(14)</sup>.

Os profissionais das equipes demonstraram também um desampontamento, pois sua liberdade em produzir cuidado é prejudicada com as obrigações que surgem no cotidiano. É necessário autonomia para o trabalhador na gestão desse cuidado para que possam acontecer no momento do seu encontro com o usuário, onde será determinado o seu processo de trabalho. A liberdade irá proporcionar o acolhimento e o estabelecimento de vínculos<sup>(11)</sup>.

## 2.4 Atuação das equipes no território

O grande número de atendimentos foi apontado pelas equipes como um obstáculo para se atingir os objetivos propostos pela ESF, devido a sobrecarga de trabalho e responsabilidades desses profissionais. Os usuários são “fatiados” nos serviços de saúde que acabam concentrando o seu cuidado no uso de uma ciência hegemônica no lugar de se atender de forma individualizada levando em consideração o processo terapêutico que deve ser traçado a partir do vínculo com quem se atende<sup>(15)</sup>.

A questão relacionada ao tempo de atendimento para a quantidade de usuários se tornou constante nos grupos focais, os profissionais demonstraram grande desgaste e desestímulo quando se referiram as fragilidades dos atendimentos prestados à população, já que possuem pouco tempo para realizar os atendimentos por turno.

Na Rocinha, o sistema de água e esgoto ainda é um grande desafio e se constitui em um grande problema de saúde pública. Existem valas que se convergem para um antigo valão que ainda não foi modificado e recebe a maior parte do esgoto da favela e quando chove o mesmo transborda. Essas dificuldades para a implementação do saneamento básico em áreas de favelas é um dado histórico, da mesma forma que o acesso a água de forma regular<sup>(16)</sup>.

No território, devido os problemas/desigualdades sociais marcantes, as visitas domiciliares são complexas, e são realizadas sempre a pé, pois os becos são extremamente estreitos onde somente uma pessoa consegue passar. Não existe pavimentação em certas áreas e o esgoto é aparente com presença de inúmeros roedores. Nas falas ficou explícita essa dificuldade quando afirmam que precisam bater os pés para que os ratos possam se afastar.

A violência no território é relevante e faz parte do cotidiano das equipes de saúde da Rocinha, já que existe a presença do tráfico de drogas. Os profissionais referiram que esse fato não

é um impedimento para a realização das visitas domiciliares, mas o cadastramento dos usuários torna-se difícil devido a necessidade de apresentação de documentos.

A cobrança por meta de produção de visita domiciliar também é retratada nas falas, nem sempre as equipes têm uma abertura com a gestão da unidade para apontar os locais de dificuldade de acesso devido à violência. A Rocinha é um bairro muito extenso, nem sempre os confrontos que ocorrem em determinada área afetam o bairro como um todo, com isso, a questão da violência deve ser tratada de maneira criteriosa para não colocar em risco nem os usuários nem os profissionais.

Outra temática relevante que foi discutida nos grupos foi a importância da atuação/articulação dos outros níveis de atenção, para a concretização e efetividade de uma Rede de Atenção à Saúde de forma integral. Mehry afirma que os médicos de família são tidos como se fossem uma panaceia, que podem resolver todas as questões de saúde como se fossem milagrosos, deixando de lado a importância das equipes multidisciplinares<sup>(17)</sup>.

## 2.5 Cobranças da gestão micro e macro

Os profissionais das equipes demonstraram que sentem-se muito cobrados, como já foi referido em outros temas, pois precisam cumprir as metas que são estabelecidas pelo contrato de gestão do município, que é dividido em variáveis que avaliam o acesso ao serviço, vigilância e qualidade. Além disso, há outras demandas internas comuns ao serviço que se originam de diferentes níveis hierárquicos.

O vínculo empregatício precário e o número reduzido de profissionais são fatores que podem ser utilizados como instrumento de controle político sobre as Equipes de Saúde da Família, pelos que consideram a saúde como indústria da doença. A ausência de um planejamento da força de trabalho, e as cobranças excessivas fazem com que esses trabalhadores fiquem reféns nesse contexto<sup>(10)</sup>.

Nesse sentido, os profissionais das equipes não conseguem visualizar se existe uma importância para as metas e a padronização dos procedimentos, já que não refletem a capacidade de exercer a integralidade do cuidado e ter um olhar crítico sobre a situação de saúde do seu território. Referem-se às cobranças como se não tivessem a menor relação com o cuidado.

É evidente nas falas das equipes que os profissionais não são ouvidos pela gestão da unidade e pela coordenação da área. Ocorre um distanciamento entre o que é cobrado pela gestão e o que é e pode ser executado na prática. Merhy afirma que é necessário escutar para ser gestor para que se construa um entendimento e vontade de cooperação para se atingir o compromisso institucional<sup>(11)</sup>.

## Limitação do estudo

Considerando que os grupos focais foram agendados nos dias das reuniões de equipe, foi necessário respeitar a dinâmica das equipes de forma a reagendar os grupos, devido à pauta da reunião já ser extensa, o que inviabilizava a disposição das equipes em participarem do grupo focal. Outra limitação foram as inúmeras atividades, como campanhas de vacinação, que impediram que alguns membros das equipes participassem das reuniões o que gerou ausência na participação do grupo focal.

### Contribuições para a área da Saúde

A contribuição desse estudo é trazer subsídios para uma reflexão sobre os desafios que os profissionais das equipes enfrentam para produzir cuidado para além de protocolos e metas estabelecidos em territórios com disparidades sociais.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação das equipes na ESF pode ser caracterizada como de alta complexidade, devido à dinâmica social dos territórios nos quais estão inseridas, considerando que o processo de cuidar vai além do tratamento e de cura de doenças. O encontro entre os profissionais e usuários é um acontecimento e expressão da produção do cuidado que não acontece só na estrutura física da unidade de saúde, mas no território onde esse usuário está inserido, com toda sua historicidade e multiplicidades de conceitos.

Foi possível captar diversos elementos que provocam tensão nas relações que permeiam a produção do cuidado. Notou-se que a cobrança em relação ao cumprimento de metas e protocolos não leva em consideração o território das equipes, já que essas são as mesmas para qualquer território de atuação dentro do município do Rio de Janeiro.

Ressalta-se a importância dos protocolos enquanto norteadores de práticas profissionais no campo da saúde, porém, sabe-se também da necessidade da sensibilização e conscientização dos profissionais e da gestão para um olhar ampliado e humano, entendendo que o cuidado deve ir muito além das propostas protocolares.

Os resultados desse estudo mostram que na micropolítica do processo de trabalho é notório o esforço das equipes para realizarem sua produção do cuidado baseada nas necessidades dos usuários do seu território apesar das diversas dificuldades e atravessamentos na organização do cotidiano de trabalho, incluindo a violência como um fator complexo e que interfere no processo de cuidar.

Práticas engessadas e excessivamente padronizadas afetam a relação profissional-usuário que deixa de ser singular, subjetiva e integral. Entender e produzir o cuidado na ótica da micropolítica requer aplicar as múltiplas dimensões presentes nas políticas públicas de saúde, que trazem para o real a singularidade dos muitos pontos de vista (gestores, profissionais, usuários), sem prejuízos e distorções do fazer saúde.

Sendo assim, os protocolos e metas deveriam ter uma adequabilidade e ser exequíveis de acordo com as características de cada território, para que pudessem auxiliar as equipes na produção do cuidado integral e equânime. Dessa forma, as ações de saúde podem ir além do modelo biomédico mecanizado e burocrático podendo, assim, atender aos fundamentos da Atenção Básica à Saúde e promover a produção de políticas saudáveis.

### FOMENTO

Agradecemos a FAPERJ ( Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro) o apoio financeiro para confecção final do artigo.

---

### REFERÊNCIAS

1. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: Franco TE, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 19-67.
2. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. In: Franco TE, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 138-48.
3. Franco TB, Franco CM. Acolhimento com classificação de risco e a micropolítica do trabalho em saúde: a experiência de Silva Jardim, Rio de Janeiro. Rev APS[Internet]. 2012[cited 2017 Jul 26];15(2):227-33. Available from: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1516>
4. Franco TB. Creative work and health care: a discussion based on the concepts of slavery and freedom. Rev Saúde Soc[Internet]. 2015[cited 2017 Jul 26];24(1):102-14. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/en\\_0104-1290-sausoc-24-s1-00102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/en_0104-1290-sausoc-24-s1-00102.pdf)
5. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias em saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E. Leituras de novas tecnologias em saúde. São Cristóvão: Editora UFS; 2009. p. 29-74.
6. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
7. Kinalski DDF, Paula CC, Padoin SMM, Neves ET, Kleinubing RE, Cortes LF. Focus group on qualitative research: experience report. Rev Bras Enferm[Internet]. 2017[cited 2017 Jul 26];70(2):424-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/0034-7167-reben-70-02-0424.pdf>
8. Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research[Internet]. SAGE; 2001[cited 2017 Jul 26];1(3):385-405. Available from: <https://utsc.utoronto.ca/~kmacd/IDSC10/Readings/text%20analysis/themes.pdf>
9. Simão AB. A primeira relação sexual, o primeiro casamento e o nascimento do primeiro filho: um estudo quantitativo e qualitativo de duas coortes de mulheres em Belo Horizonte[Tese]. Belo Horizonte. Universidade de Minas Gerais - UFMG. 2005.
10. Carvalho M, Santos NR, Campos GWS. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. Saúde Debate[Internet]. 2013[cited 2017 Jul 26];37(98):372-87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000300002>
11. Franco TB. O trabalhador de saúde de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In: Franco TE, Merhy EE. Trabalho,

produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 243-251

12. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições da análise do território tecnológico do trabalho vivo em ato em saúde para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. In: Franco TE, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 95-108
  13. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública[Internet]. 1999[cited 2017 Jul 26];15(1):345-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>
  14. Corgozinho MM, Oliveira AAS. Equidade em saúde como marco bioético da bioética. Rev Saúde Soc[Internet]. 2016[cited 2017 Jul 26];25(2):431-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00431.pdf>
  15. Chagas MS, Abrahão AL. Care production in health team focused on living work: the existence of life on death territory. Interface[Internet]. 2017[cited 2017 Jul 26].21(63). Available from: [http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0262\\_](http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0262_)
  16. Porto MFS, Cunha MB, Pivetta F, Zancan L, Freitas JD. Saúde e ambiente na favela: reflexões para uma promoção emancipatória da saúde. Serv Soc Soc[Internet]. 2015[cited 2017 Jul 27];123:523-43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.035>
  17. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Franco TE, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 68-94.
-