



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO
DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Luiz Augusto Batista Borges

**A micropolítica do trabalho e do planejamento no cotidiano da
Estratégia de Saúde da Família: estudo de caso do acolhimento**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre(a) em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Antonio de Padua Pithon Cyrino

**Botucatu
2024**

LUIZ AUGUSTO BATISTA BORGES

A micropolítica do trabalho e do planejamento no
cotidiano da Estratégia de Saúde da Família:
estudo de caso do acolhimento

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina, Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Antonio de Padua Pithon Cyrino

Botucatu

2024

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Borges, Luiz Augusto Batista.

A micropolítica do trabalho e do planejamento no cotidiano da estratégia de saúde da família : estudo de caso do acolhimento / Luiz Augusto Batista Borges. - Botucatu, 2024

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu

Orientador: Antonio de Padua Pithon Cyrino

Capes: 40602001

1. Atenção primária à saúde. 2. Gestão em saúde. 3. Acolhimento. 4. Família - Saúde e higiene.

Palavras-chave: Acolhimento; Atenção primária à saúde; Gestão em saúde.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE LUIZ AUGUSTO BATISTA BORGES, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA, DA FACULDADE DE MEDICINA - CÂMPUS DE BOTUCATU.

Aos 09 dias do mês de agosto do ano de 2024, às 16:00 horas, no(a) Sala de Reuniões do Depto. de Saúde Pública - FMB/Unesp, realizou-se a defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de LUIZ AUGUSTO BATISTA BORGES, intitulada **A micropolítica do trabalho e do planejamento no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família: estudo de caso do acolhimento**. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Prof. Dr. ANTONIO DE PADUA PITHON CYRINO (Orientador(a) - Participação Presencial) do(a) Depto. de Saúde Pública / FM/Botucatu - Unesp, Profa. Dra. LUCIANA CRISTINA PARENTI (Participação Presencial) do(a) Centro de Saúde Escola (CSE) / FM/Botucatu - Unesp, Prof. Dr. SERGIO RESENDE CARVALHO (Participação Virtual) do(a) Depto de Saúde Coletiva / UNICAMP/Campinas. Após a exposição pelo mestrando e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, o discente recebeu o conceito final: APROVADO. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.

Prof. Dr. ANTONIO DE PADUA PITHON CYRINO



RESUMO

A micropolítica do trabalho e do planejamento no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família: estudo de caso do acolhimento

O presente estudo surgiu do incômodo com a gestão do cuidado e a dificuldade em compreender as subjetividades das relações interpessoais dos seus atores num contexto de quatro Unidades de Saúde da Família de um município no interior de São Paulo. Tal contexto se reflete no cenário atual, atravessadas por uma série de fatores político institucionais desfavoráveis à uma Atenção Primária à Saúde de qualidade na esfera nacional, bem como o cenário pós pandemia de Covid-19. O objetivo geral desta pesquisa foi compreender as relações que se estabelecem, no cotidiano da Estratégia Saúde da Família, entre as práticas de gestão e de trabalho na atenção à saúde, a partir do acolhimento dos serviços estudados. Trata-se de um estudo de caso qualitativo. A produção de dados ocorreu através de observação participante e entrevistas semiestruturadas. A análise do material se deu através de uma abordagem construtivista, e contemplou aspectos da micropolítica do trabalho e da teoria macro-organizacional de Carlos Matus. Os resultados atribuíram significado e permitiram debates com a literatura sobre as relações que se estabelecem através das ações de acolhimento no processo de trabalho e na gestão do cuidado naquele ecossistema. Percebeu-se algo como um imperativo de desumanização, que tem como base o macro contexto político-institucional, atravessa e tensiona as relações estabelecidas no cotidiano do trabalho das equipes que constituem esse caso. Evidenciou-se, ainda, as possibilidades contidas no acolhimento quando tocado pela capacidade de “se importar” com o outro. Tal circunstância permitiu empatia e preocupação com o pulsar de vida (no outro e em si mesmo). Deve ser encorajada e reconhecida em sua potência não apenas na retórica, mas também no cotidiano das relações. A partir daí, foi produzido um relatório técnico sobre esta pesquisa, como ferramenta indutora de reflexões e outras formas de pensar a prática. Este Trabalho de Conclusão de Mestrado é fruto do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Acolhimento, Gestão em Saúde.

ABSTRACT

The Micropolitics of Work and Planning in the Daily Routine of the Family Health Strategy: A Case Study User Embracement

Contained within the environment of four Family Health Units in a city in São Paulo state, this study arose from the discomfort with care management and the difficulty in understanding the subjectivities of the interpersonal relationships of its actors, reflected in the current scenario. This scenario is marked by a series of unfavorable political and institutional factors to a high-quality Primary Health Care at the national level, as well as the post-COVID-19 pandemic context. The general objective of this research was to understand the relationships established in the daily life of the Family Health Strategy between management and work practices in health care, based on the user embracement of the studied services. This is a qualitative case study. Data collection was carried out through participant observation and semi-structured interviews. The analysis of the material was conducted through a constructivist approach, considering aspects of the micropolitics of work and the macro-organizational theory of Carlos Matus. The results attributed meaning and allowed discussions with the literature about the relationships established through user embracement in the work process and care management in that ecosystem. It was perceived as an imperative of dehumanization, based on the macro-political-institutional context, which crosses and tensions the relationships established in the daily work of the teams that constitute this case. It also highlighted the possibilities contained in the user embracement when touched by the capacity to "care" for the other. This circumstance allowed empathy and concern for life (in others and oneself). It should be encouraged and recognized in its potential, not only in rhetoric but also in daily relationships. From this, a technical report was produced on this research, as an inductive tool for reflections and other ways of thinking about practice. This Master's Thesis is the result of the *strictu sensu* Postgraduate Program in Family Health (PROFSAÚDE).

Key words: Primary Health Care, user Embracement, Health Management.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

Estratégia de Saúde da Família

PMAQ – Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

MFC - Medicina de Família e Comunidade

PROUNI - Programa Universidade para Todos

PES - Planejamento Estratégico Situacional

TB - Tuberculose

OS - Organização Social

PNH- HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização

SUMÁRIO

Apresentação.....	7
 Capítulo 1 - Introdução e métodos	
1.0 Introdução.....	9
1.1 Objetivos.....;	15
1.2 Localização do estudo.....	15
1.3 Produção de dados e delineamento.....	17
1.4. Aspectos éticos.....	20
 Capítulo 2 - Resultados e discussão	
2.0 Eu enquanto arauto do acolhimento.....	21
2.1 O caso.....	23
2.1.1 Organização do acesso aos serviços.....	23
2.1.2 A Herança da Covid 19.....	26
2.2 Agentes comunitárias de saúde.....	31
2.3 Recepcionistas.....	34

2.4 Enfermeiras	36
2.5 Gerentes dos serviços	37
2.6 Gestão	40
2.7 Acolhimento e Trabalho em Equipe	42
2.8 Reunião de Equipe	48
 Capítulo 3	
3.0 Considerações finais	54
 Capítulo 4	
4.0 Produto técnico tecnológico	57
Referências Bibliográficas	68
 Apêndices	
Apêndice I.....	80
Apêndice II.....	81

Apresentação

Meu nome é Luiz Augusto Batista Borges. Sou natural de Teófilo Otoni, Minas Gerais, e cresci na região do Vale do Jequitinhonha, mais famosa não pela sua cultura pujante, com fortes raízes quilombolas. Mas sim pelo baixo índice de desenvolvimento humano e por ser historicamente escanteada no âmbito político e social, em relação ao restante do estado.

Decidi pela medicina já adolescente. Nunca fui daqueles que tinha um grande sonho de infância de ser médico. Mas sempre gostei de gente, de conversar, de cuidar, de biologia... então medicina parecia uma boa escolha. Apesar de à primeira vista (e apenas à primeira vista) parecer distante dos debates das ciências sociais que também sempre chamaram a minha atenção.

Como bolsista do PROUNI, estudei em uma faculdade particular que não tinha hospital universitário. E digo cheio de orgulho que o SUS foi meu maior professor. E que professor! Pegava pesado, não facilitava. Frustrou-me logo cedo ao me apresentar todas as idiossincrasias que prejudicam a sua plena gestão e funcionamento.

Mas se por um lado a falta do berço de um hospital universitário me apresentou um SUS mais sem “retaguarda”, o contato com essa realidade mais literal e imperfeita permitiu amadurecimento e aguçou desde cedo meu olhar sobre o porquê dos processos, das escolhas, das prescrições, dos sentimentos. Qual é a parte que me caberá nisso tudo enquanto profissional de saúde? Eu ainda não tinha a resposta para essa pergunta, mas sabia qual não era a minha parte: apenas reclamar.

Ainda em formação, posso dizer também que surfei a onda da reforma da atenção primária à saúde carioca (SORANZ, 2017). A Medicina de Família e Comunidade me apresentou, finalmente, a possibilidade de exercer a minha profissão não só a partir de uma percepção puramente biomédica, científica. Durante os anos de internato e na residência (pela secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro), amadureci a prática de exercer uma medicina mais humana, baseada em evidências, contextualizada, feita de pessoas para pessoas, mais eficiente, prazerosa e com mais significado.

Os anos de trabalho na assistência e como educador vieram. Agora atuando no interior de São Paulo, como médico de família e comunidade responsável por uma equipe de ESF, com internos e residentes. E esses anos trouxeram as realidades da pandemia de Covid 19 e as várias tentativas de desmonte da APS de maneira institucional. Apesar desses aspectos estarem diretamente ligados a esse estudo e abordados com mais detalhes à frente, nenhum deles foi tão determinante como motivação desta pesquisa quanto o cotidiano em si. A “dureza” e o distanciamento emocional presentes nas relações estabelecidas por boa parte dos profissionais de saúde durante o exercício das suas funções era uma realidade que me saltava aos olhos. Parecia construir um ambiente tão árido que mesmo as ideias mais genuínas e elaboradas, mesmo que germinassem, não conseguiam florescer.

O aprendizado trazido pelas leituras e disciplinas do mestrado gradualmente me mostrou que o ímpeto inicial de um projeto de intervenção poderia não ser o caminho mais estratégico e executável. Que tal dar um passo atrás? Observar, perceber, analisar essa realidade e debatê-la à luz da literatura, para então extrair aprendizados desse processo? E por fim: porque não devolver à essa comunidade de profissionais de saúde um produto (relatório técnico conclusivo) com potencial de observar o seu trabalho de um ângulo diferente?

No capítulo 1, realizo uma contextualização do ambiente político- institucional que situa o ambiente da pesquisa, além de uma breve revisão de literatura sobre acolhimento, e defino conceitos e realidades chave que também fazem parte desse ambiente. Apresento também o objetivo do estudo e os métodos utilizados. No capítulo 2, situo o leitor dentro do caso estudado com análises descritivas e reflexões contundentes, também com um grande potencial explicativo sobre os questionamentos levantados. Por fim temos as considerações finais no capítulo 3, e o capítulo 4, que diz respeito ao produto técnico tecnológico que é fruto desta pesquisa.

Capítulo 1

1.0 Introdução

Início essa contextualização reconhecendo a interdependência entre as ações de planejamento e gestão em saúde e os princípios da Atenção Primária à Saúde propostos por Starfield (2002), não obstante o cenário complexo e desafiador dos modelos de gestão atuais (PIRES, 2019). A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) trouxe marcos importantíssimos para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e dentre eles, várias ações de planejamento em saúde como atribuição comum a todos os membros de suas equipes (BRASIL, 2017). No entanto, não há uma orientação clara de como operacionalizar essas ações dentro de um ambiente tão complexo como o de uma das portas de entrada de um sistema de saúde da envergadura do SUS, que apesar de sufocado (GIOVANELLA, 2020), teima em se fazer universal, equânime, integral.

Nesse ambiente, a reunião de equipe desponta como célula mater do planejamento em saúde no contexto da APS. “A reunião de equipe é utilizada como um espaço para planejar, organizar e discutir suas ações e seus problemas”, analisou Medrado et al (2015, p. 1040,) a partir de dados do PMAQ-AB. Tal passagem ilustra a realidade de muitas equipes de ESF pelo Brasil, que lançam mão de reuniões de equipe como estratégia para o planejamento do trabalho.

Para além disso, o ato de reunir-se para discutir ideias, compartilhar dificuldades, propor soluções, “reclamar” e construir uma identidade de grupo é primordial na construção de um trabalho em equipe rico em sua essência (PEDUZZI e AGRELI, 2018). No cenário de complexidade de demandas do trabalho em saúde atual, práticas colaborativas a partir de uma lógica interprofissional se fazem essenciais para alcançar uma performance satisfatória (PEDUZZI et al, 2016).

Pensar a gestão do cuidado em saúde, no entanto, demanda também um olhar atento àquelas forças que permeiam a subjetivação das práticas de trabalho geradas e conduzidas pela singularidades dos trabalhadores ali inseridos (MERHY e FRANCO, 2013). “A micropolítica, entendida como o plano molecular em que se efetua os processos de subjetivação a partir das relações de poder, seria o plano a ser analisado” (FEUERWERKER, 2014, p. 37). Em outras palavras: saber lidar

com a ACS que torce o nariz ao ser informada sobre a escala do próximo mês, com o residente super motivado que acaba de entrar na equipe, com a enfermeira metódica e muito calma e o técnico de enfermagem que se irrita com facilidade. Esse grupo amorfo de sentimentos que se reúne para trabalhar 40 horas por semana (carregado por cada um dos sujeitos que os sentem), bem como as relações que cada um estabelece, deve ser levado em conta ao pensar o processo de trabalho. Ou fazendo-se o caminho inverso, podem ajudar a atribuir sentido e significado ao cenário árido e pouco fértil a novas ideias que comentei na apresentação.

O mundo contemporâneo começa a se recuperar da Pandemia de Covid-19, um dos momentos mais difíceis e emblemáticos do recorte histórico em que vivemos. E no âmbito da saúde pública brasileira, é inegável o papel que a APS (e em especial a ESF) teve nesse contexto. Seus trabalhadores foram postos à prova, lidando de frente com o sofrimento e o adoecimento das pessoas que ali são cuidadas, bem como de si mesmos. (OLIVEIRA et al, 2023; SANTOS et al, 2022). Não sobrevivemos todos, mas sobrevivemos. “Esses são tempos incertos que exigem reinventar processos de trabalho orientados a cada contexto, estabelecer novos fluxos, fortalecer redes, exercitar a solidariedade.” (GIOVANELLA et al, 2021, p. 172).

Ademais, é inegável que a pandemia de covid-19 agravou um cenário de sucateamento e perda de identidade da APS através de políticas públicas desestruturantes nos últimos anos. Para Medina et al (2020) e Giovanella et al (2020), em que pese a potência da ESF, não faltaram iniciativas para desmontá-la, que desde 2017, sofreu com redução de agentes comunitários de saúde, flexibilização de carga horária de profissionais, abolição da prioridade para a ESF, extinção dos Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, perda de profissionais com o enfraquecimento das políticas de provimento de profissionais de saúde, e desincentivos a abordagem territorial com o novo modelo de financiamento da APS com base em número de cadastrados.

Gera-se então uma ESF um tanto descaracterizada, longe da sua essência transformadora enquanto oferta de cuidado em saúde, desprovida de afeto, cada vez mais exposta à lógica predatória e produtivista neoliberal (MENDES e CARNUT,

2018). Reconhecendo a projeção cada vez maior dessa realidade, Terra (2017, p. 24) entende que

“a alienação permeia toda a sociedade contemporânea em suas formas de produção e reprodução da vida, sendo perceptível na totalidade do sistema do capital. Resulta que o homem não se reconhece como ator histórico ou como ser social (nas relações estabelecidas entre os próprios homens). No trabalho médico(...) implica em tratamento desumanizado, imposição de barreiras ao atendimento, agressividade com os pacientes ou sensação de impotência do profissional frente à complexidade do processo saúde-doença-cuidado.”

Nesta mesma seara, Merhy (2013, p. 17-26;), a partir de uma lógica de análise do trabalho em saúde, debate a micropolítica do trabalho vivo em ato. Nesse sentido, o trabalho vivo em ato é aquele capaz de criar, produzir, exercendo seu autogoverno e capacidade crítica. Nele reside um grau de capacidade criativa que se faz fundamental no cuidado e gestão em saúde, sendo suas demandas sempre tão individuais e imprevisíveis. E o trabalho morto se refere àqueles produtos-meio do trabalho em si.

A valorização do trabalho morto enquanto produto valoroso (e lucrativo) leva à ideia de maximizar seus meios de produção. E a partir daí surge o fenômeno de “captura” do trabalho vivo em ato, que alija sua autonomia, controla o seu “fazer” e o amarra à lógica estática do trabalho morto.

Essa lógica de captura do trabalho vivo, a partir de um discurso de racionalização e eficiência, tem sido chamada de gerencialismo (MENDES e CARNUT, 2018). Segue ganhando cada vez mais força no âmbito da atenção primária brasileira e estabelecendo-se quase como um paradigma (CARNUT e NARVAI, 2016; FILHO e NAVARRO, 2014; REIS, 2019). Na prática, é expresso através de metas de produção, cobrança excessiva, precarização dos vínculos trabalhistas, e mais recentemente, através da sua consolidação enquanto filosofia norteadora do último modelo de financiamento da APS (MENDES; MELO; CARNUT, 2022; BRASIL, 2021).

Duas políticas públicas abordadas nesse estudo estabelecem contraponto à essa práxis mercantilista: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a Política Nacional de Humanização (PNH- HumanizaSUS).

A PNEPS foi instituída em 2004, e segue sendo motivo constante de discussões quanto ao seu aprimoramento (BRASIL, 2018). Trata-se de uma estratégia político-pedagógica construída a partir das necessidades e problemas do processo de trabalho em saúde, pressupondo integração entre ensino, gestão, serviço e controle social, em prol do aprimoramento da qualidade e gestão do cuidado (SILVA e SCHERER, 2020). Atua, portanto, no fortalecimento de um SUS criativo, inovador, descentralizado e personalizado às necessidades de cada um dos seus múltiplos cenários, “estimulando a atuação crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente eficiente, o respeito às características regionais e às necessidades específicas de formação dos trabalhadores” (LOPES; LABEGALINI; BALDISSERA, 2017, p.1)

A PNH- HumanizaSUS, enquanto estratégia de gestão inovadora do Ministério da Saúde, buscou articular modos de gestão e trabalho/cuidado, tematizou um conceito ampliado de acolhimento, que somou na direção de uma saída para um melhor planejamento das ações em saúde, em conjunto com a organização dos processos de trabalho e proposição de um novo *modus operandi* (BRASIL, 2009). A mesma já não é tão recente (2003), mas é muito potente enquanto aposta ética, estética e política ao valorizar o protagonismo dos sujeitos e coletivos, aspectos organizacionais dos serviços e de uma gestão mais colaborativa (BARBOSA et al, 2013; BRASIL, 2006)

Propõe no seu guarda-chuva de práticas a ideia de um acolhimento menos reducionista, muitas vezes (até hoje) pensado de modo redutor como uma dimensão moral pelo ato de acolher/receber, pela sua dimensão espacial ou como mera ação de triagem. A PNH- HumanizaSUS supõe o acolhimento como postura ética que deve permear as ações de atenção e gestão nas unidades de saúde. Do ponto de vista técnico assistencial, promove a análise do processo de trabalho em saúde a partir das relações que se estabelecem e dos diálogos no cotidiano. Depende de práticas cooperativas e se estrutura através da corresponsabilização quanto aos processos e a autonomia das pessoas envolvidas. Tal organização constrói relações de confiança, pertencimento, e promove a cultura da solidariedade naqueles serviços (BRASIL, 2006).

Neste estudo tomaremos como acolhimento um dispositivo que tem como diretriz operacional e tecnologia de cuidado, as seguintes dimensões: escuta

qualificada, análise de demanda, mecanismo de facilitação do acesso, ordenação do usuário dentro da rede, cuidado resolutivo e centrado na pessoa, estímulo a práticas colaborativas de gestão e à capacidade organizacional na unidade de saúde (BRASIL, 2006; BARRA e OLIVEIRA, 2012; GIORDANI et al., 2020; FILHO e BEZERRA, 2018).

Pressupõe, portanto, mudanças na atitude do fazer em saúde: maior protagonismo dos sujeitos, a constante reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, com mais espaços de discussão, escuta e decisões coletivas (BRASIL, 2008).

São infinitas as possibilidades e significados no que diz respeito ao acolhimento, suas formas de se organizar, as relações que se estabelecem entre os atores, bem como os fatores externos e internos que o atravessam. Essa realidade cria uma trama complexa, de difícil conceitualização e aplicação de forma objetiva nos serviços de saúde (BARRA e OLIVEIRA, 2012; MITRE et al, 2012; CAMELO et al, 2016).

A organização do processo de trabalho em saúde na APS (com e) através do acolhimento é uma tarefa muito desafiadora por um lado, porém nobre e necessária por outro. “Fica evidente que, quando o serviço organiza estratégias para a facilitação do acesso do usuário com iniciativas criativas, é possível aumentar a satisfação destes, com conseqüente melhoria do cuidado prestado.” (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015, p. 518).

Ademais, a literatura joga luz sobre esse modo de organização voltado à facilitação do acesso e explicita como essa realidade pode acabar levando a um estado de sobrecarga de trabalho. A prática de atendimentos rápidos, impessoais, com foco em triagem e muitas vezes comparados inclusive a pronto-atendimento é uma realidade. Ignorá-la não facilita que o acolhimento se estabeleça como diretriz que traz dignidade aos que acolhem e aos que são acolhidos. Pelo contrário (MITRE et al, 2012; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015; SCHOLZE; DUARTE; SILVA, 2009; TEIXEIRA, 2003).

Além dessa problemática, outro desafio é encontrado ao se exercer a lógica do acolhimento no contexto de uma APS que já negligenciou (e em muitos lugares

ainda renega) sua responsabilidade em garantir acesso ao SUS, que é tão essencial.

“Na APS do Brasil prevaleceu um modelo que preconizava os cuidados preventivos, relegando o manejo dos agravos aos ambulatórios médicos e hospitais. Observa-se, portanto, ecos da APS seletiva nas resistências dos profissionais a mudanças mais inclusivas” (CAMARGO e CASTANHEIRA, 2020, p. 12).

De maneira paralela (porém integrada) aos conceitos discutidos até aqui, introduzo a ideia da Teoria Macro-organizacional de Carlos Matus, sendo este um referencial teórico importante ao escopo desta pesquisa. Seu autor descreve sistemas de gestão ou acumulações organizativas, que se baseiam em três regras principais.

A direcionalidade, que representa a missão e objetivos daquela estrutura, é expressa através de um sistema de agenda (do dirigente ou da instituição), e é estabelecido preferencialmente a partir dos ajustes à demanda.

A governabilidade, expressa pelo sistema de gerência, que representa a distribuição das competências em cada nível de organização, do poder e objetivos administrativos de cada setor.

E a responsabilidade, expressa pelo sistema de petição e prestação de contas, que determina a forma como as responsabilidades são atribuídas e cobradas, e portanto gera informações sobre resultados da gestão.

Constituem sistemas específicos, porém correlatos, que se apoiam e se retroalimentam, formando o assim denominado Triângulo de Ferro. Se estabelece como um modelo de análise da gestão que articula a interdependência entre responsabilidade, direcionalidade e governabilidade, seguindo a direção de uma organização comunicante (KPOF, 2005; RIVERA, 1995;1996).

Desenhado o panorama político-institucional e teórico no qual nos debruçaremos ao longo desta pesquisa, podemos dar mais um passo na direção do caso em si.

Como se pode imaginar, a minha “versão” que iniciou a caminhada (ou maratona?) desta pesquisa ainda não conhecia várias das camadas de complexidade teórica que envolveriam o processo, e assim justifico a densidade de conceitos visitados e esclarecidos nesta introdução.

O ambiente das equipes de ESF onde trabalhei por anos, administradas pela Organização Social que as geria, deu origem a meu mal-estar com a gestão do cuidado e as relações interpessoais ali, muito por não conseguir compreender as subjetividades que atravessavam aqueles espaços. Apesar do olhar sobre a literatura nos revelar que a realidade observada nesse caso não é isolada, a necessidade de atribuir significado e compreender melhor as relações estabelecidas pelos sujeitos que ali trabalham fez destas o meu objeto de estudo. A possibilidade de elaborar um produto técnico direciona ainda mais as minhas expectativas com relação a esta pesquisa, pela possibilidade de cristalizar o meu legado como antigo colega dessas pessoas em um “presente” que pode ajudar a enxergar o futuro com outros olhos.

O objetivo geral desta pesquisa é compreender as relações que se estabelecem, no cotidiano da ESF, entre as práticas de gestão e de trabalho na atenção à saúde, a partir do acolhimento dos serviços.

E o objetivo específico é produzir um relatório técnico conclusivo sobre esta, como ferramenta indutora de reflexões e outras formas de pensar a prática.

Métodos

1.2 Localização do estudo

O universo onde o caso em questão está inserido são quatro unidades de saúde da família (USF) de um município com cerca de 120.000 habitantes, do interior do estado de São Paulo. Todas elas se organizam como equipes de ESF. Três delas possuem apenas uma equipe e uma delas, três equipes. Todas as unidades possuem residência médica em Medicina de Família e Comunidade, e também recebem alunos do internato de uma faculdade de medicina.

A seleção desses quatro espaços como ambiente da pesquisa se deu não só pela conveniência de serem unidades nas quais estive inserido diretamente no processo de trabalho ao longo do período de produção de dados, mas também pelo fato delas serem, em si, a motivação do estudo. Atuei nestas equipes como médico responsável pela cobertura de férias dos colegas médicos de família e comunidade de cada equipe.

A pesquisa qualitativa permite acessar o significado das relações e possibilita análises através de vários ângulos e perspectivas diferentes, porém complementares (YIN, 2017). A natureza do questionamento proposto neste estudo faz dele uma pesquisa qualitativa.

Dentro do rol de abordagens mais bem descritas pela literatura para o delineamento de estudos de caso, a de Yin (2015) se destaca ao propor uma maior estruturação prévia do projeto de pesquisa, com um olhar abrangente e meticuloso, para a partir daí buscar processos de produção de dados e a definição de diretrizes analíticas condizentes com esse projeto e seus objetivos. Através desses direcionamentos mais pragmáticos, tal perfil metodológico ousa garantir mais qualidade e robustez ao estudo de caso se baseando em testes de validade do constructo, validade interna, validade externa e confiabilidade.

Já Stake (1995) defende uma base de métodos partindo da ideia de que na pesquisa qualitativa o conhecimento é mais construído do que descoberto. Enxerga a construção do conhecimento através de um projeto de pesquisa como um estudo de caso como algo flexível, multifatorial, que é influenciado por várias circunstâncias diferentes; permitindo, portanto, várias percepções diferentes e não hegemônicas, na qual o foco reside muito mais em compreender e entender os significados do que explicá-los de maneira definitiva. Defende que tal projeto deve se estruturar a partir de questões norteadoras sobre o caso e se adaptar a partir de uma lógica de foco progressivo, uma vez que o andamento do estudo e seus desdobramentos não podem ser previstos, sob o risco de ignorar ao longo desse percurso insights interessantes.

Após a leitura exaustiva das abordagens acima descritas e de análises comparativas sobre o tema (KLEIN et al, 2021; MAZOTTI, 2006; VASCONCELOS, 2016) entendeu-se que o melhor desenho para esse estudo envolvia a estruturação do projeto de pesquisa conforme proposto por Yin, se apoiando na capacidade organizativa que a sua proposta garante. No entanto, a abordagem construtivista expressa na maneira da condução da análise proposta por Stake garantia mais significado e possibilidades de compreensão para esse estudo de maneira específica. Desse modo, trata-se de uma pesquisa que poderia ser classificada por Yin (2015) como um estudo de caso único, com múltiplas unidades de estudo

integradas, de caráter exploratório; e por Stake(1995) como um estudo de caso do tipo instrumental.

1.3 Produção de Dados e delineamento

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo, e dentro dos limites de um mestrado profissional, propõe-se utilizar das seguintes técnicas de produção de dados:

- Observação participante: através das vivências intrínsecas ao contexto de trabalho diário, registradas em caderno de campo e, a seguir, em diário de campo. Esta é entendida como uma ferramenta primordial para a apreensão mais fiel e orgânica dos fenômenos cotidianos, naturais e espontâneos que permeiam o ambiente estudado (OLIVEIRA, 1996). Sendo o relato de experiências uma importante modalidade de redação crítica-reflexiva, também lançou-se mão desta estratégia como ferramenta para compreensão das vivências experimentadas (MUSSI, 2021) .

Durante o período de 19/12/2023 a 26/01/2024 foram produzidas 136 páginas de material a partir das técnicas supracitadas, observando seus respectivos ditames éticos (descrito com mais detalhes no item 1.4). Na intenção de evitar confundimentos, ratifico que meu caráter profissional itinerante entre as 4 USF que fazem parte do caso estudado resultou numa produção não uniforme de dados a partir do prisma do espaço físico. Sendo observados os aspectos de delineamento do estudo no que compete à análise dos dados e o caráter integral do caso, não identificou-se interferência desse aspecto no caso central definido e objetivos do estudo.

- Entrevistas semiestruturadas com informantes chave, sendo eles 3 profissionais de saúde e 3 gerentes locais das USF observadas. Ao longo do processo de produção de dados através de observação participante, percebeu-se que esses profissionais estavam envolvidos diretamente no processo de acolhimento, e possuem influência importante na tomada de decisão e na forma como o mesmo é organizado, de modo que se fez interessante ouvir de maneira

mais estruturada as suas impressões sobre esse processo. O modelo para entrevista semi-estruturada está disponível no Apêndice I.

As entrevistas foram realizadas entre 04 e 26/01/2024, gravadas e transcritas na íntegra, totalizando 59 páginas de texto.

Inicialmente foi realizada a leitura exaustiva de todos os dados, a fim de elaborar uma descrição densa do caso em si; tal processo originou um arquivo inicial de 19 páginas que serviu como arcabouço inicial para o capítulo 2.

Ainda durante essa análise descritiva, fui apresentado ao “outro eu” que escreveu todos aqueles momentos de observação participante. Momentos esses que antes de serem registrados por mim, foram vividos, e que agora serviam de base para a minha pesquisa. Então, no subitem 2.0, me aventurei a analisar separadamente o sujeito-narrador e a sua relação com o acolhimento naquele ambiente: agora de uma perspectiva fresca e mais exótica, distante (DA MATTA, 1981). Nesse aspecto, é necessário pontuar que esta tese flerta com características de uma obra autoetnográfica (SANTOS, 2017). Portanto, apesar desse subitem ter sido construído a partir de um viés analítico e descritivo, há de se reconhecer que o mesmo também serve como uma espécie de “epílogo” dos métodos, a partir do momento em que ali também são mescladas nuances explicativas sobre o estudo.

Partindo da intenção de extrair-se o máximo de sentido possível não só das retóricas e situações concretas, mas também das relações entre os atores envolvidos, foram selecionados no texto 4 situações¹ nas quais o nível de qualidade do material produzido permitia reflexões pujantes e com grande capacidade de diálogo com o objetivo do estudo em diferentes facetas.

A análise dessas 4 situações (e uma segunda análise mais direcionada das entrevistas) se deu através de uma lista de pontos nevrálgicos elaborados com a intenção de escrutinar esses textos e permitir que os mesmos auxiliassem a alcançar o objetivo principal. Segue abaixo a lista de comandos elaborada:

- Nomear e comentar relações que surgem no cotidiano das práticas de gestão a partir do acolhimento.

¹A referência de “quatro situações” ao invés de “quatro casos” tem a intenção de evitar confundimento em relação ao estudo de caso em si.

- Nomear e comentar relações que se estabelecem durante o trabalho a partir do acolhimento ao usuário.
- Identificar a representação prática dos sistemas de gerência operacional (governabilidade) de agenda (direcionalidade) e de petição e prestação de contas (responsabilidade) a partir das relações envolvendo o planejamento descritas no caso.
- Reconhecimento de padrões a partir dessas relações e seus contextos.
- Compreender os sentimentos e percepções que permeiam a palavra “acolhimento” nos casos e nas entrevistas
- Descrever como a pessoa entrevistada se sente ao falar sobre acolhimento, como ela descreve a abrangência desse termo, e como isso influencia a operacionalização dessa prática a partir das suas impressões.
- Sinalizar de forma clara e detalhada se o material não for suficiente para tecer as considerações acima, explicitando que aspecto faltou para que a análise pudesse ser feita.

Esse processo rendeu um arquivo de 24 páginas, e deu origem à discussão dos questionamentos que enriqueceram as análises do capítulo 2.

O repertório de técnicas analíticas que serviram como referencial teórico para a definição desse perfil de análise foram combinação de padrão, construção da explicação, modelos lógicos e triangulação (STAKE, 1995; YIN, 2015).

Limitações

Há de se reconhecer as limitações metodológicas que não impediram reflexões, mas reduziram a quantidade de informações que poderiam tornar mais robustas as análises tecidas através de outros ângulos.

- Levantamento de dados sobre número e tempo dos atendimentos realizados nas USF estudadas.
- Análise das atas e/ou registros das reuniões de equipes.

1.4 Aspectos Éticos

Os participantes envolvidos nesse projeto de pesquisa foram os profissionais que atuam nas unidades de saúde da família estudadas e que interagem direta ou indiretamente no acolhimento, além do próprio pesquisador. Os critérios de inclusão são trabalhar nas 4 Unidades de Saúde da Família que fazem parte do estudo e/ou na gestão das mesmas. O único critério de exclusão é a vontade própria de não querer participar do estudo. O mesmo se pauta nas resoluções número 466, de 12 de setembro de 2012, e número 510, de 07 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde, que dispõem sobre aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos, como é o caso desta.

O sigilo das informações coletadas, seja através do diário de campo ou entrevista com os profissionais são de responsabilidade do pesquisador, que zelará pela sua confidencialidade. Nesse sentido, todas as unidades de saúde e participantes do estudo foram identificados nos dados produzidos através de pseudônimos. A profissão dos três entrevistados/as que não são gerentes locais das unidades de saúde não foi divulgada como forma de preservar o sigilo dos mesmos, visto que estas figuras exercem funções singulares dentro do ambiente estudado e de fácil identificação caso reveladas. As informações serão arquivadas e mantidas pelo pesquisador por um período de 5 anos após o término da pesquisa. As mesmas serão acondicionadas em nuvem/drive de conta pessoal com senha quando digitais.

Os benefícios claros desse estudo aos participantes são tanto diretos quanto indiretos. O seu objetivo joga luz sobre um aspecto importantíssimo do ofício dessas pessoas, e tem o potencial de refletir em um melhor ambiente de trabalho a partir das conclusões do estudo e também do processo de coleta das informações, que por si só já estimula inúmeras reflexões. Os resultados da pesquisa serão utilizados para fomentar o debate e a busca por estratégias para qualificar a organização das ações de acolhimento nessas USF.

As pessoas convidadas a entrevistas foram submetidas a Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em anexo, no qual foram documentados por escrito o seu consentimento. O mesmo contém todas as informações necessárias sobre o projeto de pesquisa com linguagem clara e acessível, explicitando

especialmente os riscos e benefícios envolvidos na participação dessa pesquisa, e está disponível no apêndice II.

Este estudo foi submetido ao comitê de ética e pesquisa da Faculdade de medicina de Botucatu, através do CAAE: 74348823.4.0000.5411 e número do parecer 6.590.657, sendo aprovado em 19/12/2023.

Capítulo 2

2.0 Eu enquanto arauto do acolhimento

É redundante dizer que estou diretamente ligado a esse estudo em todas as suas etapas, e como a sua construção é atravessada pela minha subjetividade (REY, 2005). No entanto, me embaraço ainda um pouco mais ao também estar inserido no objeto de pesquisa. Esse “eu lírico” emerge ao longo dos relatos de experiências, das entrevistas e do diário de campo, de maneira que agora enquanto “eu pesquisador”, considero aquele outro (?) eu um personagem que precisa ser reconhecido, descrito e analisado nos seus sentimentos e percepções. A melhor compreensão desse “eu” com o incômodo que levou ao presente estudo pode nos levar um passo à frente. A literatura reconhece o peso do método autoetnográfico no âmbito nacional (CARNUT, 2022; HENNINGTON, 2024). Assim como a importância desse tipo de fazer científico, especialmente na área da saúde, enxergando a potência desse método em jogar luz e dar voz não só ao self, mas a grupos, culturas e trabalhadores marginalizados em relação ao seu potencial de produzir conhecimentos (RAIMONDI et al, 2020; MARCONSIN, 2020).

Quando no subitem 2.8 (envolvendo reunião de equipe) discorro sobre como as discussões de ideias parecem ter o poder de incomodar e tirar os profissionais de saúde do torpor alienatório que o contexto de trabalho contemporâneo (TERRA, 2017) os impõe, cabe o entendimento que esta pesquisa, fruto do método científico, também nasce a partir de um desses incômodos, com o perdão da metalinguagem. E fazendo o caminho inverso, da mesma forma como esse “eu indignado” surge nos relatos, o “eu alienado” também se faz presente, usando de toda a sua legitimidade de trabalhador da saúde contemporâneo.

Trecho do relato de experiências:

“Quero resolver rápido o problema das pessoas, pra chamar rápido o próximo e resolver o problema dela também.”

Minha trajetória pessoal e formação profissional levaram-me a valorizar e enaltecer o acesso dentro do contexto da APS, ao enxergar ali toda a sua potência de cuidado. Apesar de não ser a única porta de entrada do SUS, do ponto de vista institucional (e também geográfico), essa é a principal entrada. E se todos os caminhos levam ao acolhimento, essa diretriz organizadora matiza o acesso: calibra, organiza, humaniza, dá forma, normatiza, personaliza.

Munido de todas essas ideias lá vou eu, quase um arauto do acolhimento, realizar observação participante. Escrutinizar a maneira como esses trabalhadores da saúde tem “matizado o acesso” dentro da sua realidade. Esse acesso que a mim é tão rico.

Dentre as várias semelhanças entre a minha prática e a dos colegas, a que mais me impressiona ao analisar o material (talvez pela carga de hipocrisia) é perceber como esse arauto do acolhimento desumaniza seus pares em prol de um acolhimento supostamente “melhor, mais rápido, mais completo” à população assistida.

Trecho do relato de experiências, onde exponho como consigo realizar grupos naquela USF, e os outros colegas médicos de outras equipes não conseguem:

“Ou seja, tinha que segurar na unha para que as coisas funcionassem. Quando não tinha sala pra roubar, o residente atendia junto com a enfermeira numa sala e eu acolhia na outra, e aí as gestantes acabavam esperando mais tempo né. “

Percebe-se em trechos como este um arquétipo de super profissional, capaz de entregar resultados independente da realidade acachapante (em detrimento do restante da equipe). Ouso dizer que ao expor situações de trabalho indignas que supostamente podem ser solucionadas por um trabalhador de maneira individual através de habilidades técnicas e motivação, esse arauto parece expor na verdade apenas seu próprio sofismo.

E qual é o preço que se paga nesse processo? Prefiro ser literal:

“Cheguei em casa 18:36, exausto. Desmarquei o personal às 20h. “

“Saio 17h direto pra nutricionista. Me cai uma ficha meio triste: cobrir férias na unidade X é um gatilho tremendo pra eu furar a dieta, comer besteiras, pão, bolo,

açúcar, café. Fico estressado com a rotina (como disse a enfermeira) e fico também frustrado(...).”

“... lá pelas 17:45, fora do meu horário de expediente e atrasando meu horário de atividades físicas, agendado para 18 horas.”

“ Mas... qual foi o custo disso tudo? Meu horário de almoço, minha tranquilidade. Por quanto tempo vou conseguir segurar essa barra só através da motivação pessoal?”

Ratifico que em todas as circunstâncias descritas acima, vindas dos relatos de experiência e diário de campo, não havia qualquer contexto de assédio profissional. Reconhecer essas idiosincrasias nos aproxima primeiro como pessoas, depois como trabalhadores da saúde.

2.1 O Caso

Nesse subitem abro espaço para um olhar sobre o contexto do universo contemplado nesse estudo, explorando inicialmente a organização dos serviços, o papel chave de alguns dos trabalhadores e características de grupos específicos que necessitam de descrições mais individuais para a compreensão da pesquisa como um todo.

2.1.1 Organização do acesso aos serviços

Para o melhor entendimento dessa realidade atual, faz-se necessário relembrar o contexto de sobrecarga assistencial relatado pelos profissionais de saúde de todos os setores avaliados pelo estudo, e que incluem o desenho de atendimento aos pacientes com sintomas respiratórios que vigorava durante a produção de dados; a pressão para o alcance de metas do Previnir Brasil, modelo de financiamento vigente na época (BRASIL, 2021) equipes infladas, subdimensionadas em relação a recursos humanos; e um contexto de demanda reprimida pós pandemia de Covid 19.

Nas 4 unidades, as pessoas tinham suas queixas iniciais ouvidas na recepção e a partir daí eram direcionadas ao “gripário” (fluxo abordado no próximo subitem) ou a uma escuta inicial, realizada majoritariamente pela enfermagem, e por vezes pela técnica de enfermagem (com exceção da unidade com 3 equipes de ESF, onde os técnicos de enfermagem não participam desse processo). Esse perfil

de atendimento era chamado rotineiramente pelos trabalhadores como “demanda”, ou “demanda de enfermagem” majoritariamente, mas por vezes também era chamada de “triagem”, “acolhimento” ou “acolhimento de enfermagem”, e não possuía uma definição formal. Era definido pela gestão que todos os usuários que busquem o serviço com queixas devem necessariamente passar por esse tipo de escuta, independente do horário ou volume de pessoas aguardando.

Essa escuta de enfermagem constituía-se como a espinha dorsal do atendimento à demanda espontânea nesses serviços, no sentido de que essa é a ferramenta de cuidado que identificava as necessidades daquela pessoa que acessava espontaneamente o serviço e direcionava como seu problema seria resolvido, seja essa uma demanda de caráter mais burocrático, como avaliar um encaminhamento pendente no sistema e solicitar laudos, ou demandas por questões clínicas de atendimento. A partir daí haviam várias repercussões possíveis, como relatadas pelos trabalhadores: resolução do problema pela enfermeira, direcionamento para atendimento médico, agendamento de consulta ou resolução através de interconsulta com a equipe médica.

Vale explorar melhor a questão da interconsulta com a equipe médica. A maior disponibilidade de recursos humanos médicos (devido à presença de internos e residentes no serviço) gera uma realidade na qual o Médico de Família e Comunidade responsável pela ESF geralmente não se encontra em atendimento direto, mas sim disponível para demandas do serviço, discussões de caso com residentes, internos e a equipe no geral: porém de maneira mais acentuada com a equipe de enfermagem, que atua no atendimento à demanda espontânea. Tendo em vista o contexto de pressão assistencial descrito, a equipe demonstra encontrar nesse desenho de atendimento uma forma de trazer mais dinamismo a queixas clínicas de atendimento à demanda espontânea mais pontuais, como infecção urinária, lombalgia e cefaleia. Dessa forma, buscam otimizar o uso do recurso que estas equipes demonstram considerar mais escasso: o tempo. Através das suas falas em momentos informais e em argumentações contrárias a mudanças nessa ordem, é evidente que as equipes compartilham a convicção de que sem essa organização, o atual modelo de atenção à saúde não se sustentaria frente a todas as demandas impostas sobre essas equipes de ESF, criando um cenário muito complexo. Tal cenário encontra semelhança naquele exposto por Silva e Romano

(2015) onde evidenciou-se dificuldade na integração dos conceitos de longitudinalidade e coordenação do cuidado dentro do desenho de acolhimento proposto.

Tal desenho de organização do acesso aparenta beber da ideia de acesso avançado que vem ganhando corpo na APS brasileira nos últimos anos, fortemente apoiada num claro gerencialismo (STELET et al, 2022). A não adoção de protocolos de enfermagem pelo município são outro fator que diminui a resolutividade desses profissionais e deixa de otimizar atendimentos que são da competência dos mesmos (GOMES, 2021), e acabam também precisando de assistência médica conjunta.

Um dos entrevistados comenta no trecho abaixo a sua impressão em relação ao acolhimento das unidades estudadas:

“Então, hoje a gente sobrecarrega a enfermagem e o acolhimento fica, por vezes, uma triagem, por vezes, acaba virando uma consulta mais estruturada de enfermagem.”

O contexto do ambiente do trabalho “molda” de maneira intuitiva o trabalho dessa equipe de enfermagem num processo mais produtivista e esvaziado de sentido, com resoluções mais objetivas e pontuais do que integrais. Processo esse que guarda muita semelhança com o perfil da recepção burocrática (subitem 2.3), que segue o passo a passo dos processos. Em outras palavras, trabalho vivo em ato capturado (MERHY, 2013).

A observação participante ilustra como essa práxis é endossada também pela equipe em geral não de forma direta e explícita, mas sim ao comentar o quão bom é o trabalho do enfermeiro na assistência à demanda a partir do seu número atendimentos e rapidez. A grande rotatividade de profissionais também revela a construção desse senso comum de “bom enfermeiro” a partir da forma como os novos profissionais que entram nas equipes são estimulados a enxergar o atendimento à demanda espontânea, a partir do exemplo das colegas a quem acompanham nas primeiras semanas.

Cabe ainda a reflexão de que por ser mais “palpável” o ato de acolher à demanda espontânea, isso parece induzir a centralização da cobrança dessas ações justamente na equipe de enfermagem. Em situações onde os profissionais médicos atendem demanda espontânea, esse ato é visto como uma “ajuda”.

Impera entre a maioria dos trabalhadores uma ideia de acolhimento ato, centrado na equipe de enfermagem (ou no máximo, também na recepção), e não acolhimento enquanto postura ética (BRASIL, 2006). Acolhimento estático, paralisado no “único formato possível”, dependendo quando muito de “ajuda” para dar conta das demandas espontâneas daquele dia.

2.1.2 A herança da Covid 19

Durante o período de produção de dados dessa pesquisa, evidenciou-se um desenho de organização das unidades de saúde estudadas com o processo de trabalho claramente marcado pela pandemia de covid 19, como bem representa a figura do gripário² nas quatro unidades. Tal desenho se manteve apesar da diminuição do número de casos e o decreto de fim da emergência sanitária de saúde pública de importância nacional pela Covid-19, em 22 de abril de 2022 (BRASIL, 2022). Esses atendimentos via de regra eram direcionados da recepção direto para a equipe médica, que realizava a assistência de maneira pontual e objetiva, focados na queixa respiratória. Salvo exceções, outras demandas eram direcionadas para um momento futuro e em outros consultórios, fora do gripário.

Percebe-se que a alocação dos médicos no gripário também aqui se deve à maior disponibilidade destes, tendo em vista a presença de internos do sexto ano de medicina e residentes de MFC, além do MFC responsável de cada equipe. Estas equipes se organizavam em escalas nas quais um desses profissionais assumia os pacientes com sintomas respiratórios.

Identificamos dois fatores que claramente contribuíram para a manutenção do gripário. O primeiro deles relaciona-se com o fato de que a pandemia de Covid 19 modificou de maneira definitiva o panorama de atendimento a pacientes com sintomas respiratórios e a forma como as pessoas se organizam frente a esses sintomas. Sintomas gripais leves que outrora eram resolvidos mediante o autocuidado, agora levam as pessoas a procurarem as unidades básicas de saúde, aumentando a pressão assistencial e a necessidade destes acolherem esta

² Sala reservada para o atendimento de pacientes com sintomas respiratórios, com disponibilidade de testes de Covid-19, insumos de paramentação e equipamentos necessários para exame desses pacientes.

demanda. Isso inclui uma miscelânea de situações diferentes, desde trabalhadores orientados pelos seus chefes a realizarem testes de covid e/ou avaliação clínica para continuar trabalhando, a crianças com algum sintoma respiratório direcionadas pelas escolas.

O segundo deles, diretamente relacionado ao primeiro, diz respeito a um aparente não direcionamento claro da gestão para lidar com esse novo cenário que se descortina nessa realidade pós pandemia. De maneira que a manutenção dos gripários não aparentava ser uma decisão expressa para lidar com o imbróglio atual, mas sim uma continuidade no uso dessa organização de trabalho.

Tal realidade gera uma série de consequências e desdobramentos no acolhimento das pessoas que acessam esses serviços:

- Haviam pacientes com consultas agendadas, mas que também apresentam tosse: suas consultas devem ser reagendadas? eles devem ser atendidos no gripário? A consulta deve contemplar apenas ou sintomas gripais, ou também o motivo do agendamento?

- Haviam pacientes com sintomas como tosse e dispneia por outras causas, especialmente asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e rinite alérgica. À recepção cabe a tarefa (nem sempre fácil) de diferenciar qual paciente deve ou não ser atendido no gripário, de maneira que a maioria destes citados acabam sendo atendidos no referido setor. Em algumas situações, as recepcionistas acabam por se deslocar do seu posto de trabalho (especialmente cheio em momentos específicos do dia) para compartilhar essa decisão com algum membro da equipe técnica.

- Pacientes que procuravam o serviço com queixas diversas como cefaleia ou dor nas costas, que, no entanto, também apresentam sintomas respiratórios (como coriza ou tosse) são frequentemente direcionados pela recepção ao “gripário”, o que gera brechas no fluxo definido e, por consequência, atendimentos de diversas modalidades diferentes no gripário. Brecha essa que, segundo os profissionais de saúde, por vezes é aproveitada pelos pacientes, que ao perceber que “o gripário está mais vazio” optam por essa porta de acesso ao serviço de saúde, muitas vezes preferida também por já acessarem diretamente ao médico. Basta apresentar uma tosse como cartão de visita.

- Em determinadas ocasiões, não haviam atendimentos de pessoas com sintomas respiratórios, porém muitos pacientes aguardando atendimento na unidade por outros motivos. Ou o inverso: alta demanda de atendimentos com esse perfil e mais consultórios disponíveis que poderiam ser utilizados para esses atendimentos, que, no entanto, não são utilizados, pois esse tipo de atendimento deveria acontecer no gripário. De maneira que a infraestrutura acabava não sendo utilizada da maneira mais otimizada possível.

- Dentro do modelo de acolhimento à demanda espontânea que vigorou durante esse período, a pressão assistencial sobre as enfermeiras gerava um contexto de sobrecarga no qual o atendimento das pessoas com sintomas respiratórios diretamente pela equipe médica era visto como um alívio imprescindível para que o seu trabalho fosse possível. De modo que a maioria da equipe de enfermagem concordava que dentro desse cenário, o fim do gripário e a transição desses pacientes para o acolhimento à demanda espontânea geraria um contexto de trabalho impraticável.

É importante ressaltar que discussões sobre essa organização dos gripários permeou todos os ambientes durante a produção de dados, com opiniões conflitantes e diversas ideias. Seja nas reuniões de equipe, seja na copa durante o “cafezinho” ou nas conversas com a gestão. Porém a inoperância do sistema de agenda (direcionalidade) numa direção que induzisse a tomada de decisões concretas para esse contexto acabava por gerar um vácuo no qual cada unidade de saúde mantinha esse mesmo sistema de atendimentos, com variações pontuais em cada serviço e de maneira intuitiva, por vezes sem um planejamento concreto que envolvesse um diagnóstico situacional e uma transição contínua para uma realidade de substituição do gripário para outro modelo de assistência aos pacientes com sintomas respiratórios. Sugere, então, que esse sistema de agenda não tem sido balizado pelo feedback do sistema de petição e prestação de contas. (KPOF, 2005; RIVERA, 1995;1996). E enquanto isso a cultura do gripário caminhava na direção de se cristalizar de maneira definitiva como ferramenta de acesso e acolhimento à demanda espontânea nesses serviços, tanto no imaginário dos funcionários quanto das pessoas atendidas.

Ainda durante a pandemia, Peixoto (2020) já discutia a importância de ajustes nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de saúde no pós

pandemia, especialmente no que diz respeito à formação interprofissional, o trabalho colaborativo, a avaliação processual, e a longitudinalidade do cuidado, e parece acertar em cheio algumas das competências mais exigidas dos trabalhadores no recorte detalhado acima. A literatura nacional ainda carece de produções que abordem o panorama da organização do processo de trabalho da atenção primária especificamente no pós pandemia, e que permitam diálogo com esse trecho.

Situação 1

Um caso emblemático nessa manhã de segunda feira: por volta das 10h uma interna que atendia no gripário vem discutir o caso de um paciente de uns 26 anos, que “está bravo” porque aguarda um resultado de escarro para tuberculose (TB) há 2 meses; tem relato de febre vespertina, perda de peso, tosse secretiva, e já esteve privado de liberdade no passado. Aviso que tem um sistema específico para checar resultado de escarro, e oriento a mesma a buscar o resultado com a gerente e /ou administrativo. Ela volta dizendo que o pedido está no sistema, mas o resultado não, que eles sugeriram um provável extravio da amostra e orientaram uma nova coleta. Ela demonstra estar insegura em dizer isso sozinha ao paciente, então me ofereço para resolver o caso pessoalmente.

O paciente demonstra insatisfação com a demora do exame, mas nem de longe se posiciona de forma brava ou hostil. Conta que já teve TB quando estava preso, que os sintomas são idênticos, que tem um bebê de 4 meses em casa e está preocupado com a família. Escarra na minha frente e cospe no lixo para provar seu ponto de vista. Realizo escuta ativa e me comprometo em dar uma resposta definitiva para ele, assumindo de cara a possibilidade de extravio da amostra passada e a eventual necessidade de nova amostra. Ele aceita numa boa e segue esperando. Vou então pessoalmente conversar com a gerente, e descobrimos que houve uma confusão em relação ao sistema de checagem daquele resultado de exame. Fiquei cerca de uns 40 minutos só tentando desenrolar esse caso (...). Saí pro almoço no horário x ainda sem saber a resposta, se ia precisar de uma nova coleta ou não. Discuti o caso com uma outra profissional daquela equipe (...).

Quando eu volto do almoço no horário y, a profissional com quem discuti o caso me mostra o resultado do exame toda orgulhosa: positivo para TB.

O primeiro sentimento que salta aos olhos logo no início da situação é a indignação da pessoa que busca pelo resultado do seu exame há muito atrasado_ que é percebida pela primeira profissional de saúde que o atende como uma postura de agressividade. Independente da sua intenção e/ou má interpretação da sua postura, ela parece ter sido necessária para deflagrar o cuidado em saúde que ele demandava.

É necessário reconhecer que o caminho em busca da resolução da necessidade de saúde foi frutífero. Catalisou processos de aprendizado em várias cadeias: inicialmente a profissional de saúde (ainda em formação) que teve a vivência de lidar com um paciente insatisfeito com a condução do seu cuidado em saúde e ter que advogar pelo mesmo, vivência esta que é única para a formação de qualquer profissional de saúde e tem na APS um grande campo de aprendizado (VENTURA et al, 2020). O médico e a gerência precisaram decifrar juntos como acessar aquele problema, combinando os aprendizados de ambos e assumindo atitude responsabilizadora e interprofissional (PEDUZZI, 2016; 2018). E por fim, a equipe teve uma oportunidade única de refletir sobre quais carências no fluxo de coordenação do cuidado desse perfil de pacientes possibilitaram o atraso no diagnóstico dessa pessoa.

Ainda em relação à pessoa que buscou mais uma vez um encaminhamento concreto para o seu problema de saúde, ressalto que é muito emblemático o ato de escarrar para provar seu ponto de vista e exigir cuidado. Uma forma de pedir ajuda para além das palavras, uma vez que as mesmas não parecem suficientes. Já teve tuberculose, e sabe que tem novamente. Se vê negligenciado frente ao cuidado de saúde que tem recebido no gripário, não obstante a sua clínica irrefutável. Ademais, é notória e bem documentada e prevalência superior de tuberculose em populações privadas de liberdade (MOREIRA, 2019) grupo de população marginalizada ao qual o mesmo afirmou já ter feito parte.

O acolhimento em relação à necessidade de cuidado do mesmo expresso através de palavras e da postura por si só já surtem efeito na forma como as relações se desenrolam: o homem aguardou de maneira paciente a (demorada)

resolução do imbróglio. Tal ocorrência ratifica a potência do cuidado que mora no acolhimento.

No que diz respeito à organização dos serviços de saúde, Hino et al (2021) levantou em sua revisão de escopo os desafios associados ao diagnóstico precoce dessa doença, sendo eles a redução de recursos humanos e materiais destinados para controle da tuberculose, falta de treinamento dos profissionais de saúde em relação ao diagnóstico diferencial de TB, e as barreiras de acesso aos serviços de saúde: aspectos estes presentes em peso na situação analisada acima. Em revisão de literatura, Domingues (2023) discorreu sobre a identificação da redução do diagnóstico e notificações de tuberculose durante a pandemia. Dentre outros fatores que influenciam a permanência da tuberculose como um importante agravo de saúde pública no Brasil, ainda antes da pandemia, Oliveira (2012) destaca também a falta de resolutividade da APS, que se aplica nessa situação não só através da forma como se lidou com o acesso, mas especialmente com a coordenação do cuidado.

Tal caso ilustra de maneira cabal como esse desenho de acolhimento aos pacientes com sintomas gripais é reducionista: segmenta o acesso de uma parcela daqueles que precisam de cuidado agudo de maneira arbitrária, falsamente baseada em critérios clínicos e epidemiológicos (outrora essenciais) porém antiquados para o momento. Prejudica a longitudinalidade, o cuidado centrado na pessoa e a coordenação do cuidado desses indivíduos: em suma, os desumaniza. Em prol de um desenho que torna o acesso em massa, mais executável por aqueles recursos humanos, mascarando esse novo (e desafiador) panorama de cuidado a pessoas com sintomas respiratórios no pós pandemia. E num ambiente onde a otimização dos processos em prol de utilizar o tempo da melhor forma é a tônica, a resolução da situação em questão dependeu de mais de 40 minutos. Qualquer trabalhador da APS sabe quão caros são 40 minutos em uma manhã de segunda-feira.

2.2 Agentes Comunitárias de Saúde

A dinâmica profissional das ACS é atravessada diretamente pela duplicidade de vínculos nos serviços de saúde. Elas constituem os únicos profissionais que não são terceirizados/ contratados pela Organização Social (OS), mas sim funcionários

efetivos da prefeitura. São as profissionais mais longevas dentro dos serviços de saúde, algumas com mais de 15 anos trabalhando no mesmo território. No geral as relações das mesmas com a equipe se dão de maneira pacífica, porém distante. Há um senso comum por parte das mesmas que a entrada da OS não foi um processo azeitado, e que as relações se estabeleceram de maneira não dialogada. No material analisado, as ACS comentavam frequentemente que antes tinham mais autonomia e contato com a equipe no geral. Auxiliavam em outros setores da unidade, como recepção e farmácia. Há relatos de que a chegada da equipe terceirizada trouxe mais recursos humanos para assumir diversos setores, mas também afastamento e estranheza desses profissionais que chegaram e em suma, segundo as mesmas, não tinham qualquer experiência prévia, formação ou capacitação introdutória em ESF.

Apesar dos ACS trazerem no seu ofício a ideia de uma práxis iconoclasta e criativa, com a intenção de estimular uma gestão dos cuidados em saúde que inclui mais a população e suas necessidades, já é estudado como a racionalidade normativa e o trabalho baseado em metas acaba por enfraquecer e tornar mais tímidas essas características (BARROS; CECÍLIO, 2019; FERREIRA, 2008).

Uma das entrevistadas comenta essa relação entre as ACS e as equipes:

“Eu acho que é espaço de fala. Elas não estão falando mais porque tem um sapo engolido. Que elas seguram ali dentro. E confiança na prática, no dia a dia. Eu vou trazer uma demanda pra você porque pra mim é importante trazer essa demanda. Eu tô pedindo isso, é porque pra mim é importante. Então, eu vou te ajudar. Eu acho que falta isso.

Ou, às vezes, ah, não dá pra fazer. Não, não é assim. Aí, ó, por exemplo, essa questão que a ACS trouxe. Se eu viro e falo assim, a gente não faz visita de urgência. A gente já conversou sobre isso. Então, eu sou, né, um militar e eu sigo minhas regras. “

Cita que a percepção de ausência de um espaço de fala inserido num contexto de escuta e validação das suas demandas faz com que agentes de saúde se fechem, a partir da visão de que é um esforço infrutífero contar com a ajuda (e, portanto, com o acolhimento) da sua equipe. Ela sugere que esse tipo de relação

tem como resultado a apatia como perfil de participação padrão dos agentes de saúde nas reuniões de equipe de um modo geral.

A seguir ilustramos esta realidade com, primeiro, um relato de reunião de equipe e, segundo, uma das entrevistas realizadas:

“Uma delas comentou então que ficam caladas a maior parte do tempo porque já cansaram de reclamar e nada mudar, que tá tudo errado e aquilo não tem cara de ESF já faz muito tempo.”

“Eu acho muito complicado. São camadas e camadas de... De, sei lá, concreto mesmo, assim. Separando as pessoas, impedindo que elas conversem. E aí, tipo assim, se elas não conversam, elas não se acolhem. Se elas não se acolhem, como é que elas acolhem o outro?”

Nesta seara, Merhy (2019) debate sobre as forças-valor “governo de si e do outro” e “clínica-cuidado”, através das quais as pessoas são condicionadas a ofertas de cuidado programadas e disciplinadas pelo verniz da ciência, em detrimento do que consideram realmente importante para elas. Sendo as ACS a maior ponte entre as necessidades de cuidado da população e os serviços de saúde, a quem favorece esse estado mais “dormente” dessas trabalhadoras?

A governabilidade e a hierarquia dentro do serviço também favorecem esse distanciamento, uma vez que as ACS respondem diretamente ao município, e não aos gerentes dos serviços (da OS). Por conseguinte, é dificultoso que se estabeleça também um sistema de petição e prestação de contas efetivo (KPOF, 2005; RIVERA, 1995;1996). Isso tudo gera ruídos na comunicação e um ambiente onde a gerência direta precisa lidar com a micropolítica dessas relações (FEUERWERKER, 2014) de maneira muito habilidosa para conseguir que as decisões tomadas sejam seguidas e ao mesmo tempo manter um clima harmonioso de convivência; o que nem sempre é possível.

Esse distanciamento natural pareceu gerar em muitas ACS sentimentos de frustração, desânimo, um gradual distanciamento afetivo quanto ao trabalho e sua satisfação profissional, e em alguns casos até mesmo desprezo. Para além de outras formas de precarização do trabalho sofridas por esta classe, Nogueira (2019,

p. 321) comenta sobre “o estranhamento do trabalho agravado por transferências de mediações típicas do trabalho industrial para o de serviços”. Havia queixas frequentes de não se sentirem ouvidas dentro das suas demandas (e das demandas que trazem dos seus pacientes). Por outro lado, também são frequentes os relatos de boicote destes profissionais em relação a decisões das gerentes locais que envolvem melhorias no acolhimento, cadastros e na relação interpessoal, o que sugere um ambiente com relações frágeis.

Sendo a humanização, o vínculo e o acolhimento características essenciais para o apoio mútuo dentro da perspectiva dos ACS (FONSECA, 2013; MELLO e CARREIRO, 2011), claramente pode-se elencar a forma como esses profissionais têm se relacionado no (e com) seu ambiente como um ponto explicativo de grande importância no cenário desta pesquisa.

2.3 Recepcionistas

A recepção lida diariamente com um número grande de pessoas que procuram o serviço por diversos motivos, e cada um dos 4 serviços carrega uma série de especificidades em relação à forma como a recepção se organiza. Merhy (2013) destaca que por mais normatizado e protocolado que seja o trabalho do recepcionista ou até mesmo de um vigia nos serviços de saúde, ele exerce um autogoverno e constitui relações de poder naquele setor, e podem interferir no processo de trabalho a partir da sua sabedoria prática.

Evidenciou-se zonas cinzentas, exprimindo uma governabilidade não tão clara, onde a definição de quais atribuições poderiam ser resolvidas pelo recepcionista e quais necessitam de um profissional técnico poderiam ajudar. Percebeu-se também um sistema de petição e prestação de contas marcado por poucos feedbacks às mesmas sobre pequenos deslizes (apesar dos mesmos serem percebidos e comentados pelas equipes), de modo que se perdem momentos riquíssimos de aprendizado a partir das práticas.

Trecho do diário de campo:

“Só aguardar” é a frase mais dita. Percebo que é mecânico, elas colocam a pulseira de identificação e dizem “só aguardar” num tom de voz educado e neutro, parece que sai no automático.

Algumas delas desenvolvem relações mais frias, como descrito no trecho acima. Percebe-se menos pró-atividade na tomada de decisões e um menor desprendimento para resolver questões que muitas vezes acabam necessitando da assistência da enfermeira apesar de serem demandas administrativas ou burocráticas.

E há outros serviços onde está presente um vínculo com a comunidade; um relacionamento mais próximo e íntimo com as pessoas que acessam os serviços, como vemos a seguir:

“Vim medir minha pressão”. G conhece esse senhor que ela recebe. Pergunta se conseguiu confirmar algum acompanhante para estar com ele na consulta no final do mês. Ele diz que está tentando, e diz que está sem remédio para depressão. “ Han, seu fulano . Mas porque você tá sem remédio e sem receita? Pra ficar pronto é 07 dias”, explica G, em tom de brincadeira e intimidade enquanto coloca sua pulseirinha de identificação. “

E há outras onde se percebe um vínculo com a comunidade; um relacionamento mais próximo e íntimo com as pessoas que acessam os serviços.

A identificação da pessoa que acessa os serviços está presente também em ambos os trechos. Porém o primeiro parece estático, robotizado, demonstra carecer do “se importar“, tão importante na práxis do acolhimento de maneira integral. E quando presente (como no exemplo do segundo trecho) permite a percepção do trabalho vivo em ato, com todo seu envolvimento e autonomia, de maneira genuína, e que se reflete em um cuidado mais integral.

O principal traço de semelhança entre todas as recepções é o distanciamento das mesmas para com as equipes. Entre o que não é dito, mas é percebido na prática de trabalho e nos diálogos, o trabalho da recepção é visto mais como um setor físico da unidade de saúde do que como parte das equipes de ESF. A sua participação nas reuniões de equipe é eventual, uma vez que as reuniões ocorrem às 7 horas da manhã, horário no qual a recepção está sempre cheia, aspecto que ainda será mais bem analisado em outro subitem deste estudo. Dificilmente as mesmas se pronunciam (ou são estimuladas a se pronunciar) em relação ao processo de trabalho, exceto por reclamações pontuais ou brincadeiras em ambientes mais descontraídos.

2.4 Enfermeiras

As enfermeiras compartilham a experiência de provirem de outros setores e níveis de atenção onde atuavam antes de serem transferidas para a APS dentro da mesma OS, em sua grande maioria transferidas de hospitais terciários ou quaternários. Elas contam que aprendem na prática como é a rotina do serviço (muito diferente do que estão acostumadas), e que apesar de algumas delas referirem ter acompanhado seus pares por determinados períodos antes de assumir oficialmente o seu setor, são unânimes em dizer que o processo de trabalho, normas e fluxos só são aprendidos com o tempo e a experiência.

Como todos os funcionários transferidos de outros setores (que já trabalhavam na instituição), as mesmas carregam nas suas ações profissionais a postura de sempre fazer o máximo possível por todos os pacientes, através de uma postura “humanizada” no sentido de cuidado e respeito ao outro, mas ainda carente de integralidade. Isso se reflete na forma como desempenham a escuta inicial dos pacientes durante o atendimento à demanda espontânea, buscando resolutividade através de um olhar mais pragmático e direcionado, e com uma postura acolhedora. Os dados analisados mostraram as mesmas desempenhando os papéis de escuta inicial à demanda espontânea, visitas domiciliares e vigilância das notificações para a semana epidemiológica. Não havia agenda para atendimentos como pré-natal e puericultura.

Apesar de demonstrarem constante sobrecarga frente à pressão assistencial e aos processos de trabalho, desempenhavam a sua função sem grandes questionamentos de maneira aberta nas reuniões de equipe. Um estudo conduzido por Silva e Arantes (2017) evidenciou uma realidade que vai de encontro a essa postura, ao observar um perfil de enfermagem no contexto da APS mais combativo e participante nas reuniões de equipe.

Assim como observado por Graziano e Egry (2012), apesar do seu ofício diário estar direcionado a uma função mais demandada pela população a partir de uma lógica biológica e curativista (mais restrita a escuta das queixas espontâneas), era perceptível em certa medida um olhar para o sujeito ao qual ouviam, cientes dos determinantes e contextos sociais aos quais aquelas pessoas estavam inseridas. Isso aparentava ser percebido de maneira orgânica e instintiva, sem uma

perspectiva técnica para considerar essas variáveis, porém percebido de maneira tangencial. Tal cenário sugere um terreno fértil para práticas de educação permanente efetivas e pautadas em práticas emancipatórias, apesar de reconhecer-se a dificuldade em consolidar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (VIANA et al, 2015; GOULART; NETO; ESPOSTI, 2020).

2.5 Gerentes dos serviços

Uma característica compartilhada pelos gerentes era a experiência e formação limitada em relação à APS, sendo a maioria dos mesmos transferidos de outros níveis da assistência (de cargos de gestão ou assistência). Todos compartilhavam da dificuldade em compreender inicialmente as dinâmicas da APS e ESF, bem como a gestão de pessoas e organização dos processos de trabalho nesse ambiente.

Essa não parece ser uma realidade isolada, assim como exposto por Chagas (2019), que comenta como são raros os cargos como estes ocupados por pessoas com capacitação prévia para o mesmo, muito disto devido justamente à pouca oferta de capacitação para tal. Nunes et al (2018, p.6) endossa este mesmo ângulo e comenta como “a formação para o gerenciamento na APS foi secundarizada nas últimas décadas.” É evidente a necessidade de investimentos na direção de consolidar as competências necessárias para essa categoria ainda em formação, em busca de aprimoramento e reconhecimento formal que ultrapassem portarias ministeriais (FERNANDES, 2019). Em sua revisão integrativa, Peiter (2017 p. 172,) também evidenciou a necessidade de que se estabeleça as competências do gestor local de saúde, e revelou habilidades como “liderança, comunicação, organização, planejamento, agilidade, bom relacionamento, conhecimento, criatividade e capacidade de motivação”, como formadoras do perfil do gestor local de saúde. Dentre as habilidades citadas, não é possível evidenciar um padrão de uniformidade em relação aos profissionais observados, sendo que cada um dos mesmos apresenta graus diferentes dessas competências.

Dado o panorama desse estudo até aqui no que diz respeito a micro e macropolítica, não é difícil inferir que dentre as habilidades citadas acima, a capacidade de motivação é a mais desafiadora de todas. Justamente para valorizar

este contraste e aprender com ele, trago o trecho de uma das entrevistas em que essa característica em uma das gerentes locais fez a diferença:

“Eu acho que todas as vezes que eu sentava na sala para conversar depois do expediente pra ela e conversar, e ela estava aberta a escutar. Gerente, aconteceu isso e eu fiz isso. Nossa, eu fiz isso. Por que que eu fiz isso com a pessoa? Porque será que nesse dia eu tratei mal essa pessoa? Por quê? Por que eu não escutei? E ela estava aberta para falar, para ensinar. O acolhimento também é ensinar. “

O trecho acima expõe mais uma vez a potência indutora de cuidado que o acolhimento tem, agora em escala exponencial: a partir do momento que esse trabalhador se sente visto (em suas qualidades e fragilidades) pelo seu superior e encontra ali um ambiente acolhedor.

E floresce em (mais) cuidado:

“Outra, eu passava um caso de um paciente que eu vi. Olha, eu vi que a pessoa tá magra demais, tá abatida demais... porque ela não fala. Ela tá chorando, mas ela não fala. Então, se eu levo isso pro médico, às vezes ele acha que é isso. E se aí uma hora é uma coisa que vai estourar e eu poderia não ter estourado, que eu tive um olhar?”

Há um sentimento maior de inclusão dessa profissional em relação à equipe de ESF, ao qual ela associa à relação aberta que possui com a sua superior. Aqui o acolhimento ao trabalhador na prática atua como indutor da percepção de inclusão dele naquela equipe de saúde, munido de uma capacidade de autogoverno que muito tem a somar numa lógica de práticas colaborativas e de trabalho humanizado.

É evidente o prazer com o qual a profissional executa a seu ofício, e como essa relação satisfatória que foi construída com o trabalho a “protege” do contexto de alienação tão presente nas relações que se dão com o trabalho atualmente (TERRA, 2017). Para além das obrigações, do salário e de todas as regras de trabalho, a relação pessoal que se desenvolve entre a profissional e aqueles que precisam dela adquire um senso de benfazeja que se reflete, agora novamente na esfera profissional, em uma expressão de cuidado muito mais genuína e legítima; o que também encontra eco na literatura (MERHY e FRANCO, 2013).

No sentido da especificidade da gestão em saúde cabe trazer aqui, como uma das configurações organizacionais proposta por Mintzberg e Bernardes (1995),

as “organizações profissionais”, das quais a área da saúde é exemplar, em função de diversas características, que tornam a gestão na saúde muito diversa daquela de outros setores, quais sejam: o seu funcionamento é muito dependente dos profissionais que atuam no contato direto com os usuários, o trabalho é pouco formalizado e exige alto nível de qualificação, a autonomia profissional torna difícil conciliar o trabalho profissional com os objetivos institucionais e os processos de trabalho são coordenados com base em conhecimento especializado (MINTZBERG e BERNARDES, 1995).

É unânime entre todos os gerentes locais a retórica sobre a importância de um acolhimento integral, resolutivo e humanizado, bem como a percepção de como tem sido difícil entregar esse resultado. A análise do material permite observar que todos se enxergam como responsáveis (em sua maioria ou totalidade) na resolução de dificuldades no processo de organização do acolhimento, o que denota um processo solitário; poderiam se beneficiar mais de um modelo de gestão mais co-participativo, assim como proposto pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009).

Gerentes com mais tempo na mesma unidade acabaram por desenvolver maiores vínculos, afeto e apreço pelas suas equipes, o que pareceu facilitar na resolução de problemas envolvendo recursos humanos e comunicação entre a equipe.

Havia ainda a percepção clara sobre uma maior cobrança por parte da gestão diretamente acima dos mesmos sobre aspectos concretos e resultados referentes a números e resultados objetivos, especialmente àqueles relacionados ao Programa Previne Brasil, relativo ao financiamento da APS. Em detrimento de práticas voltadas para a gestão de pessoas e de processos. O que reforça mais uma vez a percepção de um espaço atravessado pelo gerencialismo (CARNUT, 2016; REIS, 2019).

Abaixo segue o trecho de uma das entrevistas:

“Eu não consegui muito, sinceramente, acompanhar o andamento de cada um. Porque era tanta coisa que eles tavam me pedindo que eu ficava presa no que eu tinha que entregar e não conseguia acompanhar.”

Outro aspecto palpável ao longo de todo estudo, apesar das realidades diferentes (em recursos humanos e espaço físico) das quatro unidades é a

frequente necessidade dos gerentes atuarem diretamente na assistência, em detrimento das ações de planejamento e gestão da clínica. Era frequente que os mesmos auxiliassem em todas as etapas da assistência no serviço (tanto por direcionamento da gestão, quanto das equipes de maneira interna), especialmente quando havia maior pressão assistencial, falta de funcionários ou reclamações por parte da população. Tais situações de maior urgência geralmente acabavam por não inspirar momentos de educação permanente, discussão e debates sobre outras maneiras de lidar com as dificuldades, ficando restritos portanto em uma maior carga de trabalho assistencial e menor carga de gerência local.

2.6 Gestão

A partir do material analisado, percebeu-se que os profissionais que compõem a gestão diretamente acima da gerência local dentro da OS se posicionam de maneira aberta e disponível para ouvir ideias, e estão sempre próximos dos serviços, realizando visitas praticamente diárias a todas as unidades de saúde, a qual se referem de maneira coloquial como “passar visita”. Essas visitas ocorrem sem horário marcado, e são utilizadas para resolver problemas pontuais que necessitam do apoio dos mesmos, além de se mostrarem disponíveis para ouvir eventuais necessidades de toda equipe. Esse contato se dá majoritariamente com o gerente local dos serviços, mas também com os médicos e enfermeiros. É um corpo formado por profissionais que combinam experiência em gestão de pessoas e em APS.

Algumas vezes, a presença diária da gestão enquanto nível hierárquico superior à gerência local naquele ambiente gerava ruídos de comunicação e confusão em relação a governabilidade e fiscalização naquele ambiente, sugerindo uma agenda não tão coesa e articulada entre essas hierarquias (KPOF, 2005; RIVERA, 1995;1996).

Ainda sobre a maneira como se relacionam com as equipes, é evidente em vários momentos uma preocupação em não “engessar” as equipes e unidades, reconhecendo as suas individualidades. Nesse sentido percebe-se um estímulo para que os serviços organizem o seu processo de trabalho da melhor maneira, sob a coordenação do gerente local. Ideias e projetos eram sempre vistos com bons olhos e encorajados.

Imperava a máxima de que todos os pacientes que procuram os serviços devem ser assistidos pelas equipes, ouvidos dentro das suas necessidades e direcionados para o melhor cuidado possível. Percebe-se a partir da análise do material que esse é um senso comum tanto para gestão quanto funcionários em geral, e que esse é um dos pilares da instituição que administra àquelas unidades de saúde.

O outro lado dessa mesma moeda se expressa na maneira como os profissionais de saúde se sentem cuidados e (indiretamente) cobrados. Ao volume assistencial e ao grau de sobrecarga da equipe aos moldes do (dito) acesso avançado, somava-se a pressão pelo alcance das metas de financiamento do previne Brasil (BRASIL, 2021). O ambiente de pressão e certo estrangulamento frente a esses dois grandes desafios assistenciais trazia à esses profissionais (especialmente médicos, enfermeiros e equipe multiprofissional) uma percepção de não direcionamento (e até de impossibilidade) em equilibrar suas funções. A bem intencionada descentralização dos processos de trabalho com a intenção de preservar as individualidades de cada uma das unidades acaba então apenas por ratificar esta percepção da equipe.

Esse viés de confundimento parece se dar pela presença incipiente do chamado apoio em saúde, estratégia que pode servir como uma via de suporte às equipes locais de maneira pragmática, franca, estruturadora e humanizadora, sendo essa uma via de mão dupla. (MERHY, 2010). “O exercício do apoio é de experimentação de um trabalho vivo que se produz em ato, campo de afecções e de forças (PEREIRA; FEUERWERKER, 2018, p. 385). Quando presente, esse apoio se dava no tocante de como alcançar as metas necessárias.

“A organização do processo de trabalho para a produção, nesses modelos, implica no planejamento de atividades com objetivos programáticos previamente estabelecidos, refletindo um planejamento autoritário, caracterizado pela centralização normativa e pela descentralização executiva”.(JESUS e ASSIS, 2011, p. 115)

Tal contexto é refletido no olhar do restante das equipes por vezes como um “não se importar” ou incapacidade técnica de perceber e gerenciar o andamento das ações de acolhimento nas unidades. Paradoxalmente, apesar do contato diário na “passagem de visita”, essa percepção das equipes acaba por mitigar ambientes de

diálogo onde essas impressões possam ser discutidas de maneira clara, apesar da reiterada postura aberta ao diálogo que a gestão demonstra.

Os seguintes trechos da observação participante ilustram essa percepção por parte dos profissionais de saúde:

“Tá certo que a gente tem que falar, mas será que eles (gestão) querem ouvir?”

“Minha análise fria e crua: incompetência.”

No entanto, os dados nos quais essa pesquisa se debruça esclarecem também de maneira reiterada que a gestão possui um olhar crítico e técnico sobre os processos de trabalho envolvendo o acolhimento, e reconhece pontos nevrálgicos que dificultam essas ações no dia a dia. Entre elas, citam falta de longitudinalidade, má comunicação entre as equipes, o número de usuários por equipe (com muito mais cadastros do que o preconizado), e interferências políticas na tomada de decisões. Não parecem se sentir ouvidos ou compreendidos, o que os coloca num espectro mais próximo dos demais trabalhadores do que o percebido por ambos.

O parágrafo descrito acima explicita descobertas que solaparam meus preconceitos e só então me fizeram, finalmente, enxergar essas pessoas também como trabalhadores do SUS, sujeitos a um olhar não humanizado pelos seus pares, muitas vezes subjugados a forças da micro e macropolítica de maneira avassaladora.

2.7 Acolhimento e trabalho em equipe

Situação 2

*“Pergunto o que ela (médica) acha do acolhimento aqui nessa unidade de saúde(...). Ela diz que acha bom. Conta que a longitudinalidade dela e da enfermeira facilitam muito; fala que **“acolhimento depende do tempo pra ser mais rápido e com mais... afeto”**. Conta como a longitudinalidade ajuda que ela seja resolutiva e cuidadosa na medida necessária para a pessoa se sentir bem cuidada. Dá um exemplo de ontem. De um caso super complexo de uma paciente já*

conhecida da equipe que viveu um luto pesadíssimo do pai, mas que adotou gêmeos (!!!) recentemente. Trouxe os dois no final da manhã para consulta, estavam resfriados. Não havia mais tempo para atendê-los naquele turno, mas ela já tinha sacado que a mãe não se sentiu bem em ter que esperar isso tudo, então sugeriu aferir os sinais vitais da criança e examinar o ouvido delas, pois era isso o que preocupava a mãe. Em menos de 5 minutos fez isso, a mãe voltou pra casa em paz e trouxe os filhos à tarde para a consulta, muito mais tranquila. É uma paciente famosa por ser reclamona, poderia ter armado um circo se fossem rígidas e/ ou mandassem procurar a emergência; mas não, a equipe gastou 2, 3 minutos para acolher bem o caso.”

“Acolhimento depende do tempo pra ser mais rápido e com mais... afeto”.

A profissional de saúde compartilha a experiência exitosa de acolher a mãe preocupada com a dor de ouvido dos filhos; exemplifica seu ponto de vista de como o tempo- longitudinalidade conferiu rapidez e afeto, duas condicionantes que permitiram um acolhimento sob medida, que atendeu às necessidades da mãe naquele momento e propiciou organização do processo de trabalho.

A médica deixa claro no seu diálogo que esse tempo- longitudinalidade é mais uma conquista por uma relação cultivada com a equipe e posta à prova ao longo de outros momentos de oferta de cuidado do que algo passivo, produto de encontros ao longo de dias, meses e anos. Um substantivo que também dá nome a esse fenômeno poderia ser vínculo: um termo por vezes negligenciado quanto à sua demarcação (BARBOSA e BOSI, 2017) que se coloca próximo do conceito de longitudinalidade, mas que inclui também a noção de significância daquele ato para ambos e o trabalho vivo em ato.

Apesar do afeto ser o pano de fundo e emoldurar a história contada, me parece que, aos olhos da médica, a rapidez foi o condicionante positivo que mais fez diferença ao elencar esse caso como um bom exemplo de acolhimento. A partir do material analisado, essa percepção da rapidez como aspecto primordial encontra ressonância em relação à percepção de outros trabalhadores, mas por motivações diferentes:

-Dos recepcionistas, que se queixavam de sempre ouvir reclamações das pessoas sobre demora na recepção.

-Das enfermeiras, que prestavam assistência a múltiplas demandas individuais ao longo do dia e se sentiam sobrecarregadas.

-Dos gerentes, que precisavam garantir a funcionalidade desses processos e lidar com os problemas que surgiam, mas que muitas vezes precisavam dividir seu tempo com a assistência.

Mais uma vez emerge a tônica do gerencialismo como fio que costura e dá forma às ações de acolhimento, em detrimento das pessoas que o executam e em prol de uma lógica hegemônica de produtivismo (MERHY, 2013; JESUS e ASSIS, 2011).

Situação 3

“Por volta das 11:40 a recepcionista me encontra: “Dr, chegou uma crise de ansiedade. Volta 14h ou o senhor vai atender agora?” Peço pra transmitir o caso pra enfermeira, colher sinais vitais e ir colhendo a história, já já eu chego. Termino os assuntos com as ACS uns 5 minutos depois e me dirijo à sala de acolhimento. Perto da porta encontro a enfermeira; ela me diz que a paciente tem apresentado crises de choro e ansiedade frequentes, sempre na hora de ir ao trabalho. Sinais vitais estáveis. Prefiro não ler o prontuário pelo tempo corrido, entro na sala e reconheço a paciente de cara. Faço uma escuta acolhedora, vejo que ela não consegue parar de chorar e hiperventila; medico com 4 gotas de clonazepam e ofereço aguardar o efeito da medicação deitada naquela sala ou na sua casa; ela prefere a casa. Peço pra retornar às 14 horas, sugiro técnicas não farmacológicas para controle da crise. Tudo termina às 12:02. Fico muito feliz pela R1 estar me acompanhando nesse momento, mostrei pra ela como é possível acolher rápido.”

As primeiras linhas desse caso denotam um ambiente de cooperação e compartilhamento de decisões, típica da relação próxima que eu tinha com essa recepcionista em questão. Ela decide compartilhar a decisão sobre o atendimento da paciente comigo, apesar de já apresentar duas soluções que já considerava: atender agora ou retornar às 14h. Um detalhe ausente e que seria importante para essa análise seria qual critério a recepcionista usou para decidir compartilhar essa decisão. Pode-se inferir a partir da descrição do caso como um todo que se a

mesma seguisse o fluxo normal de encaminhar a paciente à enfermeira diretamente, por se tratar do final do turno, talvez não houvesse tempo hábil para a consulta médica, que muito provavelmente seria necessária a partir da sua impressão de que se tratava de uma crise de ansiedade. Tal situação ratifica a ideia do autogoverno e do poder contido no papel do recepcionista já comentado, muitas vezes negligenciado e/ou não estimulado pela atenção carente aos processos.

A comunicação objetiva da equipe calçou o bom andamento do cuidado desde o início. O médico responde à pergunta inicial da recepcionista dando um direcionamento: pede que o caso seja compartilhado com a enfermeira, que a mesma realize os detalhes operacionais do atendimento e explicita que dará retaguarda: *“já já eu chego”*. A enfermeira demonstra celeridade ao aferir sinais vitais e colher dados sensíveis de uma paciente com um quadro clínico tão delicado em tempo recorde de 5 minutos. Mais uma vez, o foco e a valorização da rapidez.

O médico arrisca não ler o prontuário antes do atendimento, mais em prol do famigerado “tempo corrido”. Petisca por já conhecer a paciente e ter alguma longitudinalidade a seu favor; o que poderia não acontecer, e fazer com que o mesmo perdesse mais do seu “tempo corrido” colhendo informações que poderiam já estar disponíveis.

“Fico muito feliz pela R1 estar me acompanhando nesse momento”; faz-se necessário nos debruçarmos mais sobre essa frase, uma vez que ela é crucial para a percepção de relações ainda mais complexas a partir desse recorte. Em outro trecho do material analisado, essa mesma R1 demonstra pouco comprometimento com o acolhimento da equipe; atende menos pacientes da demanda espontânea e acredita que está “ajudando” a enfermeira quando o faz, já que acredita não ser sua responsabilidade realizar esses atendimentos. Levando-se em conta o fato da formação básica dos cursos da saúde não contemplarem de maneira satisfatória o trabalho em equipe a prática colaborativa, faz-se necessária a vivência dialogada e supervisionada dessa prática, uma vez que a mera exposição da residente ao trabalho com outros profissionais não garante as competências necessárias para essa prática (PEDUZZI, 2016). Percebe-se ainda o processo de educação em saúde como forma de produção de significado e felicidade para o interlocutor no seu ofício (ABRAHÃO e MERHY, 2014).

Ao longo de todo o processo de acolhimento dessa pessoa em crise de ansiedade, a eficiência foi uma tônica. E aqui se percebe que do ponto de vista do médico não estava em jogo apenas esse acolhimento em questão, mas também a oportunidade de usar esse caso para ensinar através do exemplo, já que a residente o acompanhou durante todo esse processo. É possível reconhecer que ensinar sobre acolhimento na prática e dar um bom exemplo retroalimenta esse processo, não deixando de reconhecer, no entanto, o risco de se construir uma narrativa desgarrada da realidade e surreal apenas para simular um ambiente perfeito para esses profissionais em formação.

A palavra “acolhimento” aparece nesse recorte apenas como ambiente físico, descrevendo a sala onde são recebidos pacientes que serão medicados ou que precisam de cuidados mais urgentes. Ironicamente, esses não costumam ser espaços acolhedores, se assemelhando mais a uma sala de estabilização clínica.

E por fim: “(...) *mostrei pra ela como é possível acolher rápido.*” Apesar do contexto individual dessa residente, a minha escrita revela novamente a impressão de que o médico enxerga a rapidez como um condicionante positivo muito importante.

Situação 4

“No turno da tarde os chefes haviam marcado uma reunião, (...) às 15:30.

Durante a reunião a equipe me interrompe pedindo ajuda na condução de um caso de um adolescente que se automutila. Peço que aguardem para que eu atenda pessoalmente.

Também me impressionei com o fato de correr tudo bem no turno da tarde. Achei que precisariam mais vezes da minha ajuda ao longo da tarde. Atendo o caso sem muitas dificuldades, por volta das 16:15. A enfermeira já tinha coletado muitas informações. Assim que libero a paciente discutimos o caso por uns 10 minutos.

Ela é excelente. Diz sentir falta de mais ambientes para discussão de caso e crescimento profissional, pois sabe pouco de atenção primária, queria participar de mais congressos e momentos de imersão. Comento que já tentei várias vezes junto à gestão um ambiente protegido para educação permanente das enfermeiras. Eles

demonstram que gostariam da possibilidade, mas também não se movimentam para que a situação aconteça.

O assunto continua, e navegamos por assuntos aleatórios para além do trabalho, passando por assuntos mais pessoais e revelações. Ela é uma pessoa sensacional. Quando olhamos no relógio já era 17:25 e estávamos lá conversando sobre a vida.”

Percebe-se uma relação de apoio mútuo, ao passo que a enfermeira identifica e solicita apoio na condução de um acolhimento num momento onde não havia um médico disponível (visto que estava em reunião), ao mesmo tempo em que o médico também reconhece a importância do seu papel naquele acolhimento, não obstante a sua indisponibilidade no momento. Cabe, no entanto, pontuar o viés reducionista explícito no relato (e provavelmente também na prática), ao expressar que a enfermeira “já tinha coletado muitas informações” : quando na verdade seu trabalho claramente foi além disso: envolveu um acolhimento resolutivo, construído sob uma escuta empática e um direcionamento efetivo do cuidado.

Tendo em vista o padrão de formação profissional das enfermeiras assistenciais do caso (menos voltado para a APS, com mais experiência em outros níveis de atenção à saúde) poderia-se esperar maior dificuldade ao realizar esse tipo de acolhimento, porém a mesma parece navegar bem pelo caso.

Também se evidencia uma relação mútua de interesse profissional através da discussão do caso após a paciente ser liberada. Uma maior riqueza de detalhes sobre o caso em si e sobre os aspectos discutidos pelos profissionais permitiria uma reflexão mais aprofundada. Tal contexto expõe uma relação de trabalho em equipe genuína, a partir do olhar de Peduzzi e Agreli (2018).

Para além dos aspectos clínicos abordados, esse momento de discussão parece ter catalisado um ambiente de desabafo sob questões maiores relacionadas à capacitação e aprimoramento profissional, que poderiam ter impacto direto no acolhimento de pessoas como aquela que acabou de ser atendida. Percebe-se um sentimento compartilhado de frustração em relação aos fatores relacionados à gestão que, aos olhos dos profissionais, não influenciam negativamente seu trabalho; mas deixam de exercer uma influência positiva que seria essencial. Evoco mais uma vez indagações sobre a ideia do apoio em saúde como possível

estratégia para favorecer a execução prática dessas ideias (PEREIRA e FEUERWERKER, 2018).

Nota-se um padrão de mutualidade de sentimentos e impressões sobre aquele trabalho realizado. E então o contexto da conversa toma um rumo mais pessoal, passando a abordar componentes da vida íntima de cada interlocutor. Se desenrola um diálogo repleto de vulnerabilidades, desabafos... e acolhimento: que não surge como palavra nessa parte do texto, mas sim como (trabalho ?) vivo, atitude, prática terapêutica e diretriz humanizadora dos processos de trabalho.

2.8 Reunião de equipe

Apesar de não apresentar uma normatização clara, as reuniões seguiram um padrão muito semelhante em todas as unidades. Tem duração de cerca de 1 hora, frequência semanal e ocorreram no início do turno de trabalho. Também há reuniões apenas com a equipe técnica. São conduzidas em sua maioria pelos respectivos gerentes das unidades, que trazem pautas pré definidas. As reuniões ocorrem com a presença da maioria da equipe, com eventuais atrasos de alguns membros.

As recepcionistas normalmente se alternam na presença das reuniões quinzenalmente para que uma delas permaneça recepcionando as pessoas que chegam à unidade de saúde. Tal realidade (apesar de necessária), parece contribuir para o descolamento da recepção em relação às equipes. É imprescindível reconhecer que para além do seu papel na organização do trabalho na ESF, a reunião também servia nesses ambientes como um momento de convivência, onde experiências (profissionais, pessoais e sociais) são trocadas e conversas informais se desenvolvem, o que fortalece gradativamente o vínculo e a confiança entre aquelas pessoas. Na unidade onde há 3 equipes esse descolamento ficava ainda mais evidente: nesse serviço há uma recepcionista por equipe, e as recepcionistas das duas outras ESF deveriam realizar a cobertura da terceira equipe que está em reunião naquele turno. Porém na prática era muito raro que tal combinado acontecesse, normalmente por decisão deliberada das 3 recepcionistas, que não se sentiam confortáveis em participar das reuniões sabendo que as colegas teriam uma carga de trabalho muito maior justamente no horário de maior pressão assistencial naquele setor. Por um lado as equipes perdem em riqueza por se

reunirem sem a presença (e a perspectiva) das suas respectivas recepcionistas. Por outro percebe-se um senso de coletividade e empatia entre as colegas daquele setor.

Segue um relato de observação participante de uma reunião na qual uma das 3 recepcionistas da unidade supracitada esteve na reunião:

“A reunião seguiu com a recepcionista elencando como é difícil para que elas participem, pois é um horário super pesado na recepção, e que elas não se sentem bem simplesmente vindo e deixando as colegas com a parte mais pesada. Sugere então que algum funcionário administrativo faça a cobertura da recepção enquanto a reunião acontece. “

As pautas levadas à reunião pelos gerentes normalmente tinham um formato vertical, semelhante a informes, repasses de outras reuniões da gestão e de eventuais novos fluxos do município. Era evidente o não engajamento das equipes durante esse perfil de pautas. Outro tema frequentemente discutido em reuniões de equipe eram os repasses e/ou solicitações de visitas domiciliares, com breve discussão dos casos.

Tais reuniões parecem promover senão a organização de informações necessárias para a manutenção da produção naqueles serviços, mas não para a gestão do cuidado em saúde e dos processos.

Entendemos que as práticas nomeadas humanizadas em saúde, perdem sua força disruptora, ou seja, perdem a força de produzir mudanças significativas nos serviços de Saúde na direção dos princípios do SUS, ao serem reduzidas a ações desarticuladas que não colocam em análise os processos de trabalho. A PNH, por meio dos seus dispositivos, parece-nos uma estratégia que se tem constituído como uma forte aliada, quando temos como princípio a ampliação e afirmação do SUS que dá certo (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009)

Num dos serviços, a gerência local percebeu que a equipe não aproveitava os momentos de reunião da melhor maneira possível, e acabaram por reduzir o tempo de reunião semanal. Por outro lado, disse perceber com frequência discussões de caso no corredor, o que tenta mitigar. Tal pontuação vai ao encontro aos dados produzidos pelo diário de campo e relatos de experiência: essa ESF demonstra enxergar na reunião de equipe um espaço apenas para passagem e discussão de casos e agendamento de visitas domiciliares, em detrimento do seu

papel organizador do processo de trabalho, promotor de práticas colaborativas , e momento para troca de vivências e soluções criativas para o cuidado, ou seja, sobretudo, como um espaço de “educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (Rovere, 1995, p.70).

“Elas me contavam o caso e eu já ia e agendava, ou equipe médica ou enfermagem. E aí, realmente elas não iam ter caso pra passar na reunião. Então hoje eu tenho tentado me policiar com isso, porque senão realmente não tem demanda pra reunião”.

Sobre o processo de tomada de decisões a partir da ótica dessa mesma profissional: :

“Na grande parte das decisões são em reuniões, mas são mais reuniões da equipe técnica. Que é onde eu consigo uma melhor comunicação, uma melhor decisão, E depois a gente leva para a equipe toda e compartilha. Às vezes precisa fazer algumas mudanças, algumas adequações. Outras decisões são tomadas entre a médica e eu. “Sim”. Por exemplo, Agenda, ou horário estendido. Ou algum grupo.”

Percebe-se aqui que o gerente compreende os ganhos de uma gestão coparticipativa, porém o faz de maneira selecionada, o que reduz o potencial de organização dos processos e o leque de temas discutidos, além de tensionar que esses espaços de diálogo sejam mais restritos ao que é entendido como pertinente a toda a equipe.

O material disponível não permite uma reflexão mais aprofundada sobre as motivações que o levaram à percepção da reunião técnica como um espaço onde consegue melhor comunicação em relação à reunião de equipe geral.

Assim como observado e sinalizado pela gestão, tanto a observação participante quanto as entrevistas sinalizaram alças de comunicação entre a equipe nem sempre efetivas, ilustrando a subutilização da reunião de equipe como ambiente para ajuste de processos.

Trecho de uma das entrevistas, onde a entrevistada comenta sobre o fluxo de informações e a comunicação entre a equipe.

“Eu vejo que hoje elas são muito de boca a boca. Não tem uma boa estruturação de como os processos acontecem. Então, vamos supor que eu faça uma mudança no acolhimento. Como que eu vejo que isso acontece hoje? Eu

chego lá e falo para você, Fulano. A partir de hoje, assim, assim, assim, assado. Então, isso deixa a pessoa... Pode deixar a pessoa confusa, porque ela pode ter dúvidas e ter vergonha de perguntar. Não ter o respaldo daquilo que foi falado, daquilo que foi dito.”

Percebo que, no entanto, durante as reuniões, por vezes escapam pautas relacionadas ao processo de trabalho nas reuniões de equipe. Geralmente secundárias aos informes, que surgem pelo questionamento de algum membro da equipe sobre nuances relacionadas à aplicabilidade do que está sendo dito na rotina diária. Ou por vezes advindas também de uma conversa informal e paralela, que aos poucos ganha corpo e atenção de todos na reunião e acaba por virar uma pauta, pois fica subentendido por todos a atenção que tal circunstância exige. (Exemplos claros do poder adormecido que o “se importar” carrega).

É importante explorar melhor o porquê do termo “escapa”: esses temas parecem vir à tona de maneira natural e intuitiva, e não por decisão dos interlocutores: ao contrário do formato mais usual, pautas que envolvem o processo de trabalho nas equipes causam multiplicidade de opiniões, falas diversas (geralmente discordantes), e como uma bola de neve puxam outros “não acordos”, desencontros e desentendimentos entre os membros da equipe, causando ebulição de ideias e sentimentos sobre tudo e todos.

Trecho retirado da observação participante:

“E aí com base nessa única pergunta se instalou o caos: as pessoas começam(...) a reclamar de que tudo não funciona; volta-se na pauta da semana anterior sobre aferição de sinais vitais... Fica diluída a definição sobre o que fazer sobre a pergunta inicial. Todo mundo meio que concorda que seria interessante, mas não foi dado um direcionamento “

“Escapa” é a melhor definição porque esse perfil de debate parece ser intencionalmente evitado em algumas circunstâncias, e os trabalhadores no geral, por vezes as percebem como discussões indesejadas e destrutivas, visto que geralmente acabam sem encaminhamentos concretos e propostas de mudança, apenas frustração e desalento por exporem realidades aparentemente “sem solução”.

“A gente tem que saber a hora de parar de reclamar Dr. Já falei 1, 2 vezes, não resolveu? Se insistir eu viro a chata do negócio, me queimo à toa”.

“Reunião aqui dá nada não, Dr”.

Quando na verdade, é justamente nesse caos de ideias e sentimentos é que se encontra o diamante bruto do “se importar” com o ofício. Do que incomoda muito, a ponto de não conseguir ignorar, do que desperta. Esse contexto sugere que a gerência local tem enfrentado dificuldade em lapidar esse diamante. Como lidar com o que pode sair dessa caixa de Pandora, tão bem fechada pelo sistema que a produziu?

A organização para a produção sistematiza os processos de trabalho para a manutenção do status quo, causando o silenciamento revolucionário; a organização para o consenso sistematiza as concepções teórico-filosóficas e também causa o silenciamento ideológico; e, por fim, a organização para a coerção, assentada no aparato jurídico institucional, promove o silenciamento político, verificado pela apatia e pela alienação dos sujeitos submetidos à concepção hegemônica. (JESUS e ASSIS, p. 110, 2011).

Quando analisado a partir da teoria das macro-organizações, o que se percebe é que o sistema de agenda não tem se retroalimentado a partir do feedback de demandas que o sistema de petição e prestação de contas tem oferecido; o que sugere um sistema pobre em responsabilização e prejudica uma organização comunicante.

Essa percepção de gestão pouco responsabilizante também se reflete na estruturação das reuniões de equipe, tendo em vista o aparente costume de não reler as pautas da última reunião e/ou checar o andamento e repercussões do que foi discutido em grupo. Temas como a organização do atendimento aos pacientes com sintomas gripais (no contexto pós pandemia), atualização de cadastros e como lidar com pacientes que não moram no território daquela ESF são recorrentes e transversais em todas as equipes. Sempre que tais pautas escapam, as mesmas são discutidas de maneira pontual (e não longitudinal), não encontram contexto. Pois da última vez que tal assunto foi discutido em reunião, o mesmo não foi “revisitado” na semana subsequente a fim de entender quais foram os desdobramentos em cima do que foi decidido, e acaba por ficar submerso até um novo acontecimento que o traga à tona.

Apesar de ser desolador realizar essa análise, há de se reconhecer, no entanto, que existem forças contra hegemônicas antagonizando inclusive com esse modelo de organização de reuniões, que me parece o mais sofisticado caminho para inibir ideias pulsantes e promover torpor alienatório.

Um grande contraste é percebido em uma das ESF avaliadas, que apresenta uma estrutura de reunião diferente das outras, pois a gerente a conduz perguntando ativamente a cada uma das pessoas ali presentes sobre as suas pautas. E todos tinham pautas a serem discutidas, cada uma mais voltada para a sua área de atuação. A ordem de fala é definida pela ordem em que cada um se senta no círculo e a gerente (seus repasses e informes) é apenas mais uma entre os que trazem pautas. Também cuida do tempo de fala de cada um e parece manejar com sabedoria casos individuais que podem ser discutidos em outra ocasião. A seguir, trecho de entrevista com ela:

“Hoje eu não tomo nenhuma decisão sozinha, nenhum, nenhum. Tudo é em equipe. Tudo da farmácia, como é que precisa ser, vamos tentar, vamos ver com todo mundo. Então coloco a equipe inteira. As ACS... porque ela tá lá na ponta, tá escutando as informações que tem, elas trazem isso pra gente. Então assim, vamos definir, vamos. Não vai ser eu e a farmacêutica que vai definir, ou eu, equipe médica, não. Hoje todas as nossas decisões, seja pra mudar alguma coisa no balcão, é tomada em equipe, todas. Por quê? Porque todo mundo entende o porquê, primeira coisa. Por que que a gente tá mudando? A gente tá mudando por isso e assim, e repassa isso pra população. Quando a equipe inteira entende que dá pra fazer, e isso é construído a várias mãos, funciona, vai pra frente. Quando é uma coisa que vem engessada, de decisão de gestão... não rola.”

Outro perfil de reunião comum são aquelas voltadas para capacitações e educação continuada sobre temas diversos, voltados para a padronização de serviços e processos objetivos, como higienização das mãos, organização dos setores, identificação, comunicação e segurança do paciente. Estas são sempre organizadas pela gestão ou pela secretaria municipal de saúde, e ocorrem de maneira normatizada, com horário previamente agendado. Em detrimento de iniciativas individuais de alguns profissionais na direção de momentos de educação

permanente, com temas mais contextualizados às necessidades das equipes, e portanto baseadas em uma lógica promotora do cuidado em saúde, emancipatória e com raízes na educação popular (FRANCO e FRANCO, 2012; MACÊDO; ALBUQUERQUE; MEDEIROS, 2014; SANT'ANNA e HENNINGTON, 2011). Tais iniciativas esbarram com a sobrecarga da rotina diária, “competem” com os momentos de educação continuada na rotina dos profissionais, e acabam por serem raros.

Trecho da observação participante:

“Residente repassa na reunião as capacitações sobre dengue e Infarto as quais participou na última semana: ela conta como foi bacana, mas não traz/informa nenhum protocolo ou definição específica de fluxo do município, foram apenas capacitações gerais mesmo. “

Capítulo 3

3.0 Considerações Finais

Ciente de que a natureza deste estudo envolve justamente questionar mais do que definir a realidade ou buscar validação, não me acanho em chegar no final deste percurso propondo uma hipótese. Ao longo das leituras, análises e vivências que teci durante essa pesquisa, me veio a percepção de algo como um imperativo de desumanização que atravessa e tensiona as relações estabelecidas no cotidiano do trabalho das ESF que constituem esse caso. O mesmo tem como base o contexto político-institucional já discutido, e se exprime no nosso cotidiano através da lógica gerencialista. Mas para se impor de uma maneira sólida, depende do silenciamento das subjetividades dos trabalhadores, da falsa percepção de que essa realidade já está posta e que devemos nos adaptar e aprender a lidar com ela.

A literatura corroborou minha percepção de um perfil de gerentes da APS nacional com competências técnicas ainda não bem consolidadas e, portanto, carentes de uma formação direcionada. Sob aqueles inseridos no caso, o gerencialismo é expresso na percepção de direcionamento da fiscalização e responsabilização (por parte da gestão) voltado para as metas de financiamento e à produtividade, em detrimento do mesmo olhar sobre a gestão de processos e

peças. A pressão por auxílio na assistência sufoca e inviabiliza ainda mais estas práticas, na tentativa de atender prontamente um volume de demandas indomável. Se evidenciam práticas e decisões organizacionais por vezes pobres em coparticipação, e portanto, também pobres em legitimidade e significado àqueles que (supostamente) as seguem.

A lógica apartada de cuidado aos pacientes com sintomas respiratórios, (outrora indispensável) agora desumaniza quem cuida e quem é cuidado, além de ser prejudicial em vários processos, e através dos vários ângulos discutidos. Se manteve apoiada na preocupação e insegurança em não ser “possível” viabilizar um modelo melhor. Destaco compreender que a pesquisa foi realizada num recorte histórico transicional e pós pandemia, e reconheço que enquanto espaço físico, seu fim já era iminente. Porém a lógica, as relações e as convicções que apoiavam este desenho de oferta de cuidado eram tão prejudiciais quanto sólidas, e se não observadas, podem se manter presentes.

A percepção da rapidez como aspecto primordial ao acolhimento aparenta já ter se arraigado nas subjetivações de todos os profissionais que atuam diretamente na atenção à demanda espontânea. São percepções legítimas dentro do imperativo de desumanização aos quais esta APS se encontra sujeita, e contribuem com uma visão reducionista sobre o acolhimento como um todo.

No que tange às relações entre os trabalhadores enquanto coletivos/equipes, pode se dizer que as mesmas lembram um trabalho interprofissional, com traços de trabalho em equipe, que no entanto não são uma realidade no caso como um todo. As recepções, no geral, se beneficiariam de uma prática mais colaborativa. É importante investir na construção da identidade profissional desses trabalhadores, na percepção da sua potência de cuidado e na sua responsabilização pela mesma.

Muitas ACS parecem se sentir pouco legitimadas dentro das suas práticas; o estímulo ao diálogo com as mesmas no que diz respeito à gestão do cuidado parece mais restrito a pautas baseadas em metas e/ou casos isolados em momentos de agudização que urgem por mais cuidado. Sugere uma práxis que carece de integralidade. Com o tempo, cresce o distanciamento emocional e silenciam-se as motivações que efetivamente constroem um trabalho vivo em ato. Impactos diretos da governabilidade e responsabilização que os gerentes locais

exercem prejudica o estabelecimento de ações que integrem essa parcela das ESF de maneira mais coesa. Inclusive as ações com a intenção de incentivar e integrar essa classe certamente demandarão muito esforço, longitudinalidade e credibilidade, na intenção de aos poucos construir pontes que propiciem relações interpessoais mais baseadas em confiança e mutualidade.

Apesar da sobrecarga e estímulo à robotização do cuidado imposta pelo volume e formato de atendimento à demanda espontânea, as enfermeiras demonstram potencial criativo através de práticas acolhedoras e uma forte inclinação para um olhar humanizado. Se beneficiariam de maior protagonismo e legitimação quanto à potência que o trabalho do enfermeiro pode ter no ambiente da APS.

Entendo que o aparato mais potente desse imperativo de desumanização seja o formato das reuniões de equipe, e que mais afastam do que reúnem. Na sua maioria, me parecem esvaziadas de sentido, partilha, responsabilidades, significado e vida. Preenchidas por tópicos e repasses relacionados ao direcionamento da produção e produtividade do cuidado, mas carentes de debate sobre a sua forma, execução e subjetividades. A exceção descrita nesta pesquisa pode apontar um caminho.

No que tange a teoria macro-organizacional de Carlos Matus, governabilidade, responsabilidade e direcionalidade não parecem se retroalimentar de maneira eficaz dentro do processo organizacional observado pela pesquisa. Portanto, a partir desse referencial teórico, não poderia ser descrita como uma organização comunicante.

As possibilidades contidas no acolhimento quando tocadas pela capacidade do “se importar” com o outro brilharam como um farol no material analisado, tanto nas 4 situações quanto na fala da entrevistada acolhida pela sua gerente. Permitiu empatia e preocupação com o pulsar de vida (no outro e em si mesmo). Trouxe significado, deve ser encorajada e reconhecida em sua potência não apenas na retórica, mas também no cotidiano das relações.

À gestão (diretamente acima às gerentes locais), cabe a difícil tarefa de observar, reconhecer e lidar da melhor forma possível com esse imperativo de desumanização. Deve-se apoiar de maneira pragmática, acolhedora e reguladora, uma lógica mais atenta aos processos e às pessoas que os executam, favorecendo

competências individuais e coletivas através de um programa de educação permanente que dialogue mais com as necessidades dos trabalhadores e que ofereça mais significado ao ofício que executam.

Capítulo 4

4.0 Produto Técnico Tecnológico

Tipo: relatório técnico conclusivo.

Título: Todos os caminhos levam ao acolhimento: A micropolítica do trabalho e do planejamento no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família

Objetivo: Induzir, através desta ferramenta, reflexões e outras formas de pensar e viabilizar a prática profissional nas unidades que fizeram parte do estudo.

Público-alvo: gerentes locais e gestão das Unidades de Saúde da Família envolvidas no estudo.

Métodos: Este relatório técnico conclusivo foi elaborado com o conteúdo da tese de mestrado “A micropolítica do trabalho e do planejamento no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família: estudo de caso do acolhimento”. O mesmo conta com a íntegra da introdução desta tese, ao se reconhecer que a mesma se faz imprescindível para o entendimento, contextualização e apreensão da realidade e conceitos que fizeram parte do estudo. Os métodos da pesquisa são descritos de maneira objetiva, bem como a discussão dos resultados, dando-se espaço para apreciação das conclusões, elaboradas de maneira clara, de fácil entendimento e correlação com o caso estudado. Por fim, foram sintetizadas reflexões sobre possíveis encaminhamentos concretos para que sejam debatidos.

Situação do produto: finalizado

Todos os caminhos levam ao acolhimento: A micropolítica do trabalho e do planejamento no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família

Início essa contextualização reconhecendo a interdependência entre as ações de planejamento e gestão em saúde e os princípios da Atenção Primária à Saúde propostos por Starfield(2002), não obstante o cenário complexo e desafiador dos modelos de gestão atuais (PIRES. 2019). A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) trouxe marcos importantíssimos para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e dentre eles, várias ações de planejamento em saúde como atribuição comum a todos os membros de suas equipes(BRASIL, 2017). No entanto, não há uma orientação clara de como operacionalizar essas ações dentro de um ambiente tão complexo como o de uma das portas de entrada de um sistema de saúde da envergadura do SUS, que apesar de sufocado (GIOVANELLA, 2020), teima em se fazer universal, equânime, integral.

Nesse ambiente, a reunião de equipe desponta como célula mater do planejamento em saúde no contexto da APS. “A reunião de equipe é utilizada como um espaço para planejar, organizar e discutir suas ações e seus problemas”, analisou Medrado et al (2015, p. 1040,) a partir de dados do PMAQ-AB. Tal passagem ilustra a realidade de muitas equipes de ESF pelo Brasil, que lançam mão de reuniões de equipe como estratégia para o planejamento do trabalho.

Para além disso, o ato de reunir-se para discutir ideias, compartilhar dificuldades, propor soluções, “reclamar” e construir uma identidade de grupo é primordial na construção de um trabalho em equipe rico em sua essência (PEDUZZI e AGRELI, 2018). No cenário de complexidade de demandas do trabalho em saúde atual, práticas colaborativas a partir de uma lógica interprofissional se fazem essenciais para alcançar uma performance satisfatória (PEDUZZI et al, 2016).

Pensar a gestão do cuidado em saúde, no entanto, demanda também um olhar atento àquelas forças que permeiam a subjetivação das práticas de trabalho geradas e conduzidas pela singularidades dos trabalhadores ali inseridos (MERHY e FRANCO, 2013). “A micropolítica, entendida como o plano molecular em que se efetua os processos de subjetivação a partir das relações de poder, seria o plano a ser analisado” (FEUERWERKER, 2014, p. 37). Em outras palavras: saber lidar com a ACS que torce o nariz ao ser informada sobre a escala do próximo mês, com

o residente super motivado que acaba de entrar na equipe, com a enfermeira metódica e muito calma e o técnico de enfermagem que se irrita com facilidade. Esse grupo amorfo de sentimentos que se reúne para trabalhar 40 horas por semana (carregado por cada um dos sujeitos que os sentem), bem como as relações que cada um estabelece, deve ser levado em conta ao pensar o processo de trabalho.

O mundo contemporâneo começa a se recuperar da Pandemia de Covid-19, um dos momentos mais difíceis e emblemáticos do recorte histórico em que vivemos. E no âmbito da saúde pública brasileira, é inegável o papel que a APS (e em especial a ESF) teve nesse contexto. Seus trabalhadores foram postos à prova, lidando de frente com o sofrimento e o adoecimento das pessoas que ali são cuidadas, bem como de si mesmos. (OLIVEIRA et al, 2023; SANTOS et al, 2022). Não sobrevivemos todos, mas sobrevivemos. “Esses são tempos incertos que exigem reinventar processos de trabalho orientados a cada contexto, estabelecer novos fluxos, fortalecer redes, exercitar a solidariedade.” (GIOVANELLA et al, 2021, p. 172).

Ademais, é inegável que a pandemia de covid-19 agravou um cenário de sucateamento e perda de identidade da APS através de políticas públicas desestruturantes nos últimos anos. Para Medina et al (2020) e Giovanella et al (2020), em que pese a potência da ESF, não faltaram iniciativas para desmontá-la, que desde 2017, sofreu com redução de agentes comunitários de saúde, flexibilização de carga horária de profissionais, abolição da prioridade para a ESF, extinção dos Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, perda de profissionais com o enfraquecimento das políticas de provimento de profissionais de saúde, e desincentivos a abordagem territorial com o novo modelo de financiamento da APS com base em número de cadastrados.

Gera-se então uma ESF um tanto descaracterizada, longe da sua essência transformadora enquanto oferta de cuidado em saúde, desprovida de afeto, cada vez mais exposta à lógica predatória e produtivista neoliberal (MENDES e CARNUT, 2018). Reconhecendo a projeção cada vez maior dessa realidade, Terra (2017, p. 24,) entende que

“a alienação permeia toda a sociedade contemporânea em suas formas de produção e reprodução da vida, sendo perceptível na totalidade do sistema do capital. Resulta que o homem não se reconhece como ator histórico ou

como ser social (nas relações estabelecidas entre os próprios homens). No trabalho médico(...) implica em tratamento desumanizado, imposição de barreiras ao atendimento, agressividade com os pacientes ou sensação de impotência do profissional frente à complexidade do processo saúde-doença-cuidado.”

Nesta mesma seara, Merhy (2013, p. 17-26;), a partir de uma lógica de análise do trabalho em saúde, debate a micropolítica do trabalho vivo em ato. Nesse sentido, o trabalho vivo em ato é aquele capaz de criar, produzir, exercendo seu autogoverno e capacidade crítica. Nele reside um grau de capacidade criativa que se faz fundamental no cuidado e gestão em saúde, sendo suas demandas sempre tão individuais e imprevisíveis. E o trabalho morto se refere aqueles produtos-meio do trabalho em si.

A valorização do trabalho morto enquanto produto valoroso (e lucrativo) leva à ideia de maximizar seus meios de produção. E a partir daí surge o fenômeno de “captura” do trabalho vivo em ato, que alija sua autonomia, controla o seu “fazer” e o amarra à lógica estática do trabalho morto.

Essa lógica de captura do trabalho vivo, a partir de um discurso de racionalização e eficiência, tem sido chamada de gerencialismo (MENDES e CARNUT, 2018). Segue ganhando cada vez mais força no âmbito da atenção primária brasileira e estabelecendo-se quase como um paradigma (CARNUT e NARVAI, 2016; FILHO e NAVARRO, 2014; REIS, 2019). Na prática, é expresso através de metas de produção, cobrança excessiva, precarização dos vínculos trabalhistas, e mais recentemente, através da sua consolidação enquanto filosofia norteadora do último modelo de financiamento da APS (MENDES; MELO; CARNUT, 2022; BRASIL, 2021).

Duas políticas públicas abordadas no estudo que deu origem a este relatório estabelecem contraponto a essa práxis mercantilista: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a Política Nacional de Humanização (PNH- HumanizaSUS).

A PNEPS foi instituída em 2004, e segue sendo motivo constante de discussões quanto ao seu aprimoramento (BRASIL, 2018). Trata-se de uma estratégia político-pedagógica construída a partir das necessidades e problemas do processo de trabalho em saúde, pressupondo integração entre ensino, gestão,

serviço e controle social, em prol do aprimoramento da qualidade e gestão do cuidado (SILVA e SCHERER, 2020). Atua, portanto, no fortalecimento de um SUS criativo, inovador, descentralizado e personalizado às necessidades de cada um dos seus múltiplos cenários, “estimulando a atuação crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente eficiente, o respeito às características regionais e às necessidades específicas de formação dos trabalhadores”(LOPES; LABEGALINI; BALDISSERA, 2017, p.1)

A PNH- HumanizaSUS, enquanto estratégia de gestão inovadora do Ministério da Saúde, buscou articular modos de gestão e trabalho/cuidado, tematizou um conceito ampliado de acolhimento, que somou na direção de uma saída para um melhor planejamento das ações em saúde, em conjunto com a organização dos processos de trabalho e proposição de um novo *modus operandi* (BRASIL, 2009). A mesma já não é tão recente (2003), mas é muito potente enquanto aposta ética, estética e política ao valorizar o protagonismo dos sujeitos e coletivos, aspectos organizacionais dos serviços e de uma gestão mais colaborativa (BRASIL, 2006; BARBOSA et al, 2013)

Propõe no seu guarda-chuva de práticas a ideia de um acolhimento menos reducionista, muitas vezes (até hoje) pensado de modo redutor como uma dimensão moral pelo ato de acolher/receber, pela sua dimensão espacial ou como mera ação de triagem. A PNH HumanizaSUS supõe o acolhimento como postura ética que deve permear as ações de atenção e gestão nas unidades de saúde. Do ponto de vista técnico assistencial, promove a análise do processo de trabalho em saúde a partir das relações que se estabelecem e dos diálogos no cotidiano. Depende de práticas cooperativas e se estrutura através da corresponsabilização quanto aos processos e a autonomia das pessoas envolvidas. Tal organização constrói relações de confiança, pertencimento, e promove a cultura da solidariedade naqueles serviços (BRASIL, 2006).

Neste estudo tomaremos como acolhimento um dispositivo que tem como diretriz operacional e tecnologia de cuidado, as seguintes dimensões: escuta qualificada, análise de demanda, mecanismo de facilitação do acesso, ordenação do usuário dentro da rede, cuidado resolutivo e centrado na pessoa, estímulo a práticas colaborativas de gestão e à capacidade organizacional na unidade de

saúde (BRASIL, 2006; BARRA e OLIVEIRA, 2012; GIORDANI et al., 2020; FILHO e BEZERRA, 2018).

Pressupõe, portanto, mudanças na atitude do fazer em saúde: maior protagonismo dos sujeitos, a constante reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, com mais espaços de discussão, escuta e decisões coletivas (BRASIL, 2008).

São infinitas as possibilidades e significados no que diz respeito ao acolhimento, suas formas de se organizar, as relações que se estabelecem entre os atores, bem como os fatores externos e internos que o atravessam. Essa realidade cria uma trama complexa, de difícil conceitualização e aplicação de forma objetiva nos serviços de saúde (BARRA e OLIVEIRA, 2012; MITRE et al, 2012; CAMELO et al, 2016).

A organização do processo de trabalho em saúde na APS (com e) através do acolhimento é uma tarefa muito desafiadora por um lado, porém nobre e necessária por outro. “Fica evidente que, quando o serviço organiza estratégias para a facilitação do acesso do usuário com iniciativas criativas, é possível aumentar a satisfação destes, com conseqüente melhoria do cuidado prestado.” (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015, p. 518).

Ademais, a literatura joga luz sobre esse modo de organização voltado à facilitação do acesso e explicita como essa realidade pode acabar levando a um estado de sobrecarga de trabalho. A prática de atendimentos rápidos, impessoais, com foco em triagem e muitas vezes comparados inclusive a pronto-atendimento é uma realidade. Ignorá-la não facilita que o acolhimento se estabeleça como diretriz que traz dignidade aos que acolhem e aos que são acolhidos. Pelo contrário (MITRE et al, 2012; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015; SCHOLZE; DUARTE; SILVA, 2009; TEIXEIRA, 2003).

Além dessa problemática, outro desafio é encontrado ao se exercer a lógica do acolhimento no contexto de uma APS que já negligenciou (e em muitos lugares ainda renega) sua responsabilidade em garantir acesso ao SUS, que é tão essencial.

“Na APS do Brasil prevaleceu um modelo que preconizava os cuidados preventivos, relegando o manejo dos agravos aos ambulatórios médicos e hospitais. Observa-se, portanto, ecos da APS seletiva nas

resistências dos profissionais a mudanças mais inclusivas” (CAMARGO e CASTANHEIRA, 2020 p.12).

De maneira paralela (porém integrada) aos conceitos discutidos até aqui, introduzo a ideia da Teoria Macroorganizacional de Carlos Matus, sendo este um referencial teórico importante ao escopo desta pesquisa. Seu autor descreve sistemas de gestão ou acumulações organizativas, que se baseiam em três regras principais.

A direcionalidade, que representa a missão e objetivos daquela estrutura, é expressa através de um sistema de agenda (do dirigente ou da instituição), e é estabelecido preferencialmente a partir dos ajustes à demanda.

A governabilidade, expressa pelo sistema de gerência, que representa a distribuição das competências em cada nível de organização, do poder e objetivos administrativos de cada setor.

E a responsabilidade, expressa pelo sistema de petição e prestação de contas, que determina a forma como as responsabilidades são atribuídas e cobradas, e, portanto, gera informações sobre resultados da gestão.

Constituem sistemas específicos, porém correlatos, que se apoiam e se retroalimentam, formando o assim denominado Triângulo de Ferro. Se estabelece como um modelo de análise da gestão que articula a interdependência entre responsabilidade, direcionalidade e governabilidade, seguindo a direção de uma organização comunicante (KPOF, 2005; RIVERA, 1995;1996).

Desenhado o panorama político-institucional e teórico no qual nos debruçaremos ao longo desta pesquisa, podemos dar mais um passo na direção do caso em si.

Como se pode imaginar, a minha “versão” que iniciou a caminhada (ou maratona?) desta pesquisa ainda não conhecia várias das camadas de complexidade teórica que envolveriam o processo, e assim justifico a densidade de conceitos visitados e esclarecidos nesta introdução.

O ambiente das equipes de ESF onde trabalhei por anos, administradas pela Organização Social que as geria, deu origem a meu mal estar com a gestão do cuidado e as relações interpessoais ali, muito por não conseguir compreender as subjetividades que atravessavam aqueles espaços. Apesar do olhar sobre a literatura nos revelar que a realidade observada nesse caso não é isolada, a

necessidade de atribuir significado e compreender melhor as relações estabelecidas pelos sujeitos que ali trabalham fez destas o meu objeto de estudo. Ao elaborar este produto técnico, direciono ainda mais as minhas expectativas com relação a esta pesquisa, pela possibilidade de cristalizar o meu legado como antigo colega dessas pessoas em um “presente” que pode ajudar a enxergar o futuro com outros olhos.

O objetivo geral desta pesquisa foi compreender as relações que se estabelecem, no cotidiano da ESF, entre as práticas de gestão e de trabalho na atenção à saúde, a partir do acolhimento dos serviços.

E o objetivo específico foi produzir este relatório técnico conclusivo sobre esta, como ferramenta indutora de reflexões e outras formas de pensar a prática.

Tratou-se de um estudo de caso qualitativo. A produção de dados ocorreu através de observação participante e entrevistas semiestruturadas. A análise do material se deu através de uma abordagem construtivista, e contemplou aspectos da micropolítica do trabalho e da teoria macro-organizacional de Carlos Matus.

Os resultados atribuíram significado e permitiram debates com a literatura sobre as relações que se estabelecem através das ações de acolhimento no processo de trabalho e na gestão do cuidado naquele ecossistema.

Ciente de que a natureza deste estudo envolveu justamente questionar mais do que definir a realidade ou buscar validação, não me acanho em chegar no final deste percurso propondo uma hipótese. Ao longo das leituras, análises e vivências que teci durante essa pesquisa, me veio a percepção de algo como um imperativo de desumanização que atravessa e tensiona as relações estabelecidas no cotidiano do trabalho das ESF que constituem esse caso. O mesmo tem como base o contexto político-institucional já discutido, e se exprime no nosso cotidiano através da lógica gerencialista. Mas para se impor de uma maneira sólida, depende do silenciamento das subjetividades dos trabalhadores, da falsa percepção de que essa realidade já está posta e que devemos nos adaptar e aprender a lidar com ela.

A literatura corroborou minha percepção de um perfil de gerentes da APS nacional com competências técnicas ainda não bem consolidadas e, portanto, carentes de uma formação direcionada. Sob aqueles inseridos no caso, o gerencialismo é expresso na percepção de direcionamento da fiscalização e responsabilização (por parte da gestão) voltado para as metas de financiamento e à

produtividade, em detrimento do mesmo olhar sobre a gestão de processos e pessoas. A pressão por auxílio na assistência sufoca e inviabiliza ainda mais estas práticas, na tentativa de atender prontamente um volume de demandas indomável. Se evidenciam práticas e decisões organizacionais por vezes pobres em coparticipação, e portanto, também pobres em legitimidade e significado àqueles que (supostamente) as seguem.

A lógica apartada de cuidado aos pacientes com sintomas respiratórios, (outrora indispensável) agora desumaniza quem cuida e quem é cuidado, além de ser prejudicial em vários processos, e através dos vários ângulos discutidos. Se manteve apoiada na preocupação e insegurança em não ser “possível” viabilizar um modelo melhor. Destaco compreender que a pesquisa foi realizada num recorte histórico transicional e pós pandemia, e reconheço que enquanto espaço físico, seu fim já era iminente. Porém a lógica, as relações e as convicções que apoiavam este desenho de oferta de cuidado eram tão prejudiciais quanto sólidas, e se não observadas, podem se manter presentes.

A percepção da rapidez como aspecto primordial ao acolhimento aparenta já ter se arraigado nas subjetivações de todos os profissionais que atuam diretamente na atenção à demanda espontânea. São percepções legítimas dentro do imperativo de desumanização aos quais esta APS se encontra sujeita, e contribuem com uma visão reducionista sobre o acolhimento como um todo.

No que tange às relações entre os trabalhadores enquanto coletivos/equipes, pode se dizer que as mesmas lembram um trabalho interprofissional, com traços de trabalho em equipe, que no entanto não são uma realidade no caso como um todo. As recepções, no geral, se beneficiariam de uma prática mais colaborativa. É importante investir na construção da identidade profissional desses trabalhadores, na percepção da sua potência de cuidado e na sua responsabilização pela mesma.

Muitas ACS parecem se sentir pouco legitimadas dentro das suas práticas; o estímulo ao diálogo com as mesmas no que diz respeito à gestão do cuidado parece mais restrito a pautas baseadas em metas e/ou casos isolados em momentos de agudização que urgem por mais cuidado. Sugere uma práxis que carece de integralidade. Com o tempo, cresce o distanciamento emocional e silenciam-se as motivações que efetivamente constroem um trabalho vivo em ato. Impactos diretos

da governabilidade e responsabilização que os gerentes locais exercem prejudica o estabelecimento de ações que integrem essa parcela das ESF de maneira mais coesa. Inclusive as ações com a intenção de incentivar e integrar essa classe certamente demandarão muito esforço, longitudinalidade e credibilidade, na intenção de aos poucos construir pontes que propiciem relações interpessoais mais baseadas em confiança e mutualidade.

Apesar da sobrecarga e estímulo à robotização do cuidado imposta pelo volume e formato de atendimento à demanda espontânea, as enfermeiras demonstram potencial criativo através de práticas acolhedoras e uma forte inclinação para um olhar humanizado. Se beneficiariam de maior protagonismo e legitimação quanto à potência que o trabalho do enfermeiro pode ter no ambiente da APS.

Entendo que o aparato mais potente desse imperativo de desumanização seja o formato das reuniões de equipe, e que mais afastam do que reúnem. Na sua maioria, me parecem esvaziadas de sentido, partilha, responsabilidades, significado e vida. Preenchidas por tópicos e repasses relacionados ao direcionamento da produção e produtividade do cuidado, mas carentes de debate sobre a sua forma, execução e subjetividades.

No que tange a teoria macro-organizacional de Carlos Matus, governabilidade, responsabilidade e direcionalidade não parecem se retroalimentar de maneira eficaz dentro do processo organizacional observado pela pesquisa. Portanto, a partir desse referencial teórico, não poderia ser descrita como uma organização comunicante.

As possibilidades contidas no acolhimento, quando tocadas pela capacidade do “se importar” com o outro, brilharam como um farol no material analisado, tanto nas 4 situações quanto na fala da entrevistada acolhida pela sua gerente. Permitiu empatia e preocupação com o pulsar de vida (no outro e em si mesmo). Trouxe significado, deve ser encorajada e reconhecida em sua potência não apenas na retórica, mas também no cotidiano das relações.

À gestão (diretamente acima às gerentes locais), cabe a difícil tarefa de observar, reconhecer e lidar da melhor forma possível com esse imperativo de desumanização. Deve-se apoiar de maneira pragmática, acolhedora e reguladora, uma lógica mais atenta aos processos e às pessoas que os executam, favorecendo

competências individuais e coletivas através de um programa de educação permanente que dialogue mais com as necessidades dos trabalhadores e que ofereça mais significado ao ofício que executam.

Concluo este relatório destacando os principais pontos merecedores de maior atenção:

- Considerar a realidade do imperativo de desumanização aqui descrito, que tende a influenciar o planejamento e as relações que se estabelecem no cotidiano do ambiente estudado, e buscar maneiras de mitigar tais influências.
- Criação de um colegiado gestor com os gerentes locais, gestão, e trabalhadores da OS, baseado em práticas de educação permanente e emancipatórias, direcionadas ao objetivo de estimular organizações comunicantes naquele recorte da APS administrado pela OS como um todo. E a partir dos debates constantes desse espaço, reinventar e fiscalizar novos modelos de reuniões de equipe.
- Estabelecer medidas objetivas na direção de mitigar não só a organização física dos gripários, mas também as convicções que apoiam este desenho de oferta de cuidado.
- Fomentar a ideia de acolhimento enquanto postura ética, com base na PNH-HumanizaSUS.
- Favorecer a construção de ambientes onde os trabalhadores se sintam vistos, encontrem sentido e percebam o peso da sua função no cuidado em saúde. Que se reconheçam entre si e entre as pessoas que atendem, antes de tudo, como pessoas.

Referências Bibliográficas

ABRAHÃO. A. L.; MERHY, E. E. **Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar**. Interface (Botucatu). 18(49):313-24. 2014.

BARBOSA, G. C. B. et al. **Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa**. Rev Bras Enferm, Brasília. 66(1): 123-7. jan-fev 2013

BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. **Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 27 [4]: 1003-1022, 2017

BARRA, S. A. R.; OLIVEIRA, L. M. L. **O Acolhimento Na Atenção Primária à Saúde: Dispositivo Disparador De Mudanças Na Organização Do Processo De Trabalho?** Rev APS.abr/jun; 15(2): 126-138. 2012

BARROS, L. S. de; CECÍLIO, L. C. O. **Entre a 'grande política' e os autogovernos dos Agentes Comunitários de Saúde: desafios da micropolítica da atenção básica**. Saúde debate. Rio de Janeiro, V. 43, N. Especial 6, P. 10-21, DEZ 2019.

BATISTA, V. C. L et al. **Avaliação Dos Atributos Da Atenção Primária À Saúde Segundo Os Profissionais De Saúde Da Família**. *SANARE, Sobral - V.15 n.02, p.87-93, Jun./Dez. - 2016*

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 D.O.U., 13/06/2013 - Seção 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.D.O.U. nº 98, 24 de maio de 2016 - seção 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual instrutivo de financiamento do APS. Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Portaria gm/ms nº 913, de 22 de abril de 2022. Declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) e revoga a Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020.

CAMARGO, D. S; CASTANHEIRA, E. R. L. **Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS)**. Interface (Botucatu). 2020; 24(Supl. 1): e190600

CAMELO et al. **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde na Ótica de Enfermeiros**. Acta Paul Enferm. 29(4):463-8. 2016

CARNUT, L.; NARVAI, P. C. **Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira**. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.2, p.290-305, 2016

CARNUT, L. **Uma revisão sistemática crítica sobre autoetnografia e marxismo: Índícios para identificar este (des)encontro**. Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios Vol 13. 02/2022

CHAGAS, M. S. **Micropolítica da gestão e trabalho em saúde em um curso de Educação a Distância para gerentes da Atenção Primária à Saúde**. Saúde Debate. Rio De Janeiro, V. 43, N. Especial 6, P. 161-170, Dez 2019

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa**. SAÚDE DEBATE. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.514-524, ABR-JUN 2015

DA MATTA, R. **Relativizando: Uma introdução à Antropologia Social**. 3ª edição. Petrópolis: Vozes, 1981.

DOMINGUES, T. M. E. **Tuberculose e covid-19 na atenção primária à saúde – uma revisão sistemática** Trabalho de conclusão de curso (especialização) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, escola de administração, gestão em saúde, Porto Alegre, 2023.

FERNANDES, J. C. **Competências necessárias ao gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro.** Saúde Debate. Rio De Janeiro, V. 43, N. Especial 6, P. 22-35, Dez 2019

FERNANDEZ, M; LOTTA, G.; CORRÊA, M. **Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 19, 2021.

FERREIRA, V. S. C. **Micropolítica do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS): território de produção de cuidado e subjetividades.** Tese (Doutorado em Clínica Médica pelo Centro de Ciências da Saúde) Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** 1ª edição. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.

FILHO, J. A. da; BEZERRA, A. M. **Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa** Id on Line Rev. Mult. Psic. V.12, N. 40. 2018

FILHO, L. G. C; NAVARRO, V. L. **A ideologia gerencialista no Sistema Único de Saúde (SUS): a organização do trabalho de médicos.** Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 96-115, abr. 2014

FONSECA, G. G. P. da. **Acolhimento e vínculo no processo de fazer dos agentes comunitários de saúde: Revisão Integrativa.** Saúde (Santa Maria), v.39, n.2, p.0922, 2013.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008

FRANCO, T. B. & FRANCO, C. M. **Acolhimento com classificação de risco e a micropolítica do trabalho em saúde: a experiência de silva jardim/Rio de janeiro** Rev APS. v.15(2): 227-233. abr/jun 2012

GIOVANELLA, L; et al. **A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19.** Saúde Debate | Rio De Janeiro, V. 44, N. Especial 4, P. 161-176, Dezembro 2021

GIOVANELLA, L; et al. **Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?** Ciência & Saúde Coletiva, 25(4):1475-1481, 2020

GIORDANI, J. et al. **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão sistemática e metassíntese** Revista de APS - v. 23, n. 1 : 7 - 25. 2020

GOMES, A. M. et al. **Implantação de protocolos de enfermagem para ampliação do acesso na atenção primária à saúde.** Enferm Foco. 2021;12(Supl.1):110-4.

GOULART, W. S. L.; NETO, E. T. S; ESPOSTI, C. D. D. **A educação permanente e sua influência na micropolítica do trabalho em saúde bucal.** Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 13(3), 107-122, Jul/2020

GRAZIANO, A. P. ; EGRY, E.Y. **Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias.** Rev Esc Enferm USP. 46(3):650-6; 2012

HENNINGTON, E. A. **Ser ou não ser (da saúde): eis a questão. Reflexões de um cientista social sobre o estar e (quase) pertencer** Cadernos de Saúde Pública; 40(2) Rio de Janeiro, 2024

HINO, P. et al. **"Impacto da COVID-19 no controle e reorganização da atenção à tuberculose."** Acta Paulista de Enfermagem 34. 2021

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A.; **Desafios do planejamento na construção do SUS** Salvador: EDUFBA, 2011,

KLEIN, S.B. et al. **O caso da abordagem de Estudos de Casos: elementos, convergências e divergências entre Yin, Eisenhardt e Stake.** Revista Administração em Diálogo, vol. 23, núm. 1, 2021, Janeiro-Abril, pp. 122-135

KOPF, A. W.; HORTALE, V. A. **Contribuição dos sistemas de gestão de Carlos Matus para uma Gestão Comunicativa.** Ciências e Saúde Coletiva, 10 (Sup): 157-165, 2005

LOPES, M. T. S.; LABEGALINI, C. M. G.; BALDISSERA, V. D. A. **Educar para humanizar: o papel transformador da educação permanente na humanização da atenção básica.** Rev. enferm. UERJ. Rio de Janeiro. 25; 2017

MACÊDO, N. B. de; ALBUQUERQUE, P. C. de; MEDEIROS, K. R. de. **O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 379-401, maio/ago. 2014

MARCONSIN, M. A. **Ser enfermeira na saúde da família: entre sofrimentos, prazeres e construção de identidade: um estudo autoetnográfico.** Tese (mestrado em educação profissional em saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro, 2020

MAZOTTI, A. J. A. **Usos e abusos dos estudos de caso.** Cadernos de Pesquisa, v. 36, n. 129, set./dez. Rio de Janeiro 2006

MEDINA et al. **Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?** Cadernos de Saúde Pública; 36(8):e00149720; 2020

MEDRADO, J. R. S.; CASANOVA, A. O.; OLIVEIRA, C. C. M. **Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB.** Saúde Debate. v. 39, n. 107, P. 1033-1043, Rio de Janeiro, OUT-DEZ 2015

MELLO, D. A. P. ; CARREIRO, M. A. **Humanização e acolhimento: qualidades indispensáveis no trabalho do Agente Comunitário de Saúde-ACS.** Revista Pró-UniverSUS 2.3 : 06-06. 2011

MENDES, A.; CARNUT, L. **Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira.** Saúde Soc. São Paulo, v.27, n.4, p.1105-1119, 2018

MENDES, A. ; MELO, M. A.; CARNUT, L. **Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos.** Cad. Saúde Pública. 38(2); 2022

MERHY, E. E. **Em Busca do Tempo Perdido: A Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato, em Saúde.** In: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Textos Reunidos. 5ª edição. Hucitec. São Paulo - 2013

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **O Reconhecimento de uma produção subjetiva do Cuidado.** In: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Textos Reunidos. 5ª edição. Hucitec. São Paulo - 2013

MERHY, E. E. **Micropolítica do encontro intercessor apoiador-equipe, substrato para um agir intensivista.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 34 n. 86 p. 433-435. jul/set 2010

MERHY, E. E. et al. **Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde.** Saúde Debate. Rio de Janeiro V. 43, N. especial 6, P. 70-83, dez 2019

MINTZBERG, H.; BERNARDES, C. **Criando organizações eficazes : estruturas em cinco configurações** São Paulo : Atlas. 1995

MITRE, S. M. et al. **Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8):2071-2085, 2012

MOREIRA, T. R. **Prevalência de tuberculose na população privada de liberdade: revisão sistemática e metanálise.** *Rev Panam Salud Publica*. 43:e16. 2019

MUSSI, R. F. F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. **Pressupostos Para A Elaboração De Relato De Experiência Como Conhecimento Científico.** *Práxis Educacional* v. 17, n. 48, p. 60-77, OUT./DEZ.2021

NOGUEIRA, M. L. **Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho** *Saúde Soc.* São Paulo, v.28, n.3, p.309-323, 2019

NUNES, et al. **Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata.** Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica*.42:e 175. 2018

OLIVEIRA, F. E. S de; et al. **Transtornos mentais comuns em profissionais da Atenção Primária à Saúde em um período de pandemia da covid-19: estudo transversal na macrorregião Norte de saúde de Minas Gerais, 2021.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, 32(1), 2023

OLIVEIRA, L. C. S. **O retardo no diagnóstico da tuberculose e a adesão ao tratamento na atenção primária à saúde: a influência de concepções do processo saúde-doença e de determinantes sociais da saúde.** Tese (mestrado em enfermagem na Atenção Primária à Saúde- Universidade Federal da Paraíba). 2012.

OLIVEIRA, R. C. de; **O Trabalho do Antropólogo: Olhar, Ouvir, Escrever.** Revista de Antropologia, Vol. 39, No. 1, pg. 13-37, 1996

PEDUZZI, M. et al. **Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional.** Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria. Tradução . Barueri: Manole. v. 1. 2016

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. **Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde.** Interface (Botucatu). v. 22(Supl. 2):1525-34.2018

PEITER, C. C.; CAMINHA, M. E. P; OLIVEIRA, W. F. de. **Perfil dos gerentes da Atenção Primária: uma revisão integrativa.** Espaço Para A Saúde - Revista De Saúde Pública Do Paraná. Londrina V. 18 . N. 1 P. 165-173. Julho 2017

PEREIRA, C. M. ;FEUERWERKER, L. C. M. **Apoio em saúde: forças em relação.** Psicologia Política. vol. 18. nº 42. pp. 379-398. mai. – ago. 2018

PEIXOTO, M. T.; MIRANDA, A. C.; PEIXOTO, M. T. **Formação para a Atenção Primária à Saúde: a necessidade de atualizar as Diretrizes Curriculares Nacionais após a pandemia da Covid-19** J Manag Prim Health Care;12:e44, 2020

PIRES, D. E. P. de. **Gestão Em Saúde Na Atenção Primária: O Que É Tratado Na Literatura.** Texto & Contexto Enfermagem v. 28: 2019

RAIMONDI, G. A. et al. **A autoetnografia performática e a pesquisa qualitativa na Saúde Coletiva: (des)encontros método+lógicos.** Cadernos de Saúde Pública,36(12), Rio de Janeiro, 2020

REIS, T. S. **Expropriação do funcionalismo público: o gerencialismo como projeto.** R. Katál., Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 80-89, jan./abr. 2019

REY, F. L. G. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação.** São Paulo: Editora Pioneira Thomson Learning, 2005.

RIVERA, F. J. U. **Comunicação e Gestão Organizacional por Compromissos.** Revista de Administração Pública 29(3): 211- 230. 1995

RIVERA, F. J. U. **A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante.** Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, 12(3):357-372, jul-set, 1996

ROVERE, R. B. C. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário** interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. GOMES, R. S. **A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, supl.1, p.603-13, 2009

SANTOS, S. M. A. **O método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios.** Plural: Revista de Ciências Sociais ;24(1):214-241.2017

SANTOS, W. et al. **Saúde física e mental de profissionais de unidades de saúde da família na pandemia do COVID-19** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, p111-122, 2022

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR C. F.; SILVA, Y. F. e. **Health work and the implementation of user embracement in primary healthcare: affection, empathy or alterity?.** Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, n.31, p.303-14, out./dez. 2009.

SILVA, C. B. G. ; SCHERER, M. D. A. **A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem.** Interface (Botucatu). 24; 2020

SILVA, I. S.; ARANTES, C. I. S. **Relações de poder na equipe de saúde da família: foco na enfermagem** Rev Bras Enferm [Internet].70(3):580-7. 2017

SILVA, T. F. da; ROMANO, V. F. **Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro**. Saúde Debate . Rio De Janeiro, V. 39, N. 105, P.363-374, Abr-Jun 2015

SORANZ, D. **Reforma da atenção primária em saúde na cidade do Rio de Janeiro (2009-2016): uma avaliação de estrutura, processo e resultado**. INTEGRALIDADE, FIOCRUZ. Rio de Janeiro; s.n; 137p. 2017.

STAKE, R. E. (1995). **The art of case study research**.Sage. Califórnia, USA

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

STELET, B. P. et al. **“Avançado” ou “precipitado”? Sobre o Modelo de Acesso Avançado/Aberto na Atenção Primária à Saúde**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 20, 2022.

TEIXEIRA, R. R. **O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações** [Publicado em Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; pp.89-111]

TERRA, L. S. V. **O Militante, O Sacerdote, O Missionário E O Tecnoburocrata : Uma Investigação Participativa Acerca De Modalidades Do Trabalho Médico Alienado Na Atenção Primária Do Sus Campinas**. Tese (Mestrado em saúde coletiva) - UNICAMP. Campinas, 155, 2017

VASCONCELOS, I. C. O. **Três abordagens do método de estudo de caso em educação: Yin, Merriam e Stake**. Meta: Avaliação. Rio de Janeiro, v. 8, n. 22, p. 149-182, jan. /abr. 2016

VENTURA, C. A. A. **Advocacia em saúde e atenção primária à saúde: evidências para enfermagem.** Rev Bras Enferm. 2020;73(3)

VIANA, D. M. et al. **Educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família.** R. Enferm. Cent. O. Min.; 5(2):1658-1668. mai/ago 2015

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos.** 5 ed. Porto Alegre, Bookman, 2015

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim.** Porto Alegre, Penso, 2017

APÊNDICE I

Roteiro para entrevista semiestruturada

1. O que você acha do acolhimento na sua unidade de saúde?
2. Você percebe alguma diferença na forma como cada uma das pessoas com quem você trabalha enxergam o acolhimento? (Recepção, residentes, alunos, equipe de enfermagem, agentes comunitários de saúde, demais funcionários). Você pode dar um exemplo.
3. Quando você tem alguma dificuldade ou imprevisto relacionado à forma como o acolhimento se desenrola no serviço, como vocês lidam com isso? Você pode dar um exemplo.
4. Como as decisões são tomadas, no geral?
5. Existe uma maneira específica pela qual vocês definam qual é o fluxo das pessoas dentro da unidade, desde a recepção?
6. Como você faz para saber se as coisas estão fluindo bem ao longo dos meses? (em relação ao acolhimento).
7. Como você reage quando alguma decisão tomada ou repassada à equipe não é seguida, apesar de ser repassada várias vezes?
8. O que você acha que precisa melhorar? (em relação ao acolhimento).

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO o(a) Senhor(a) para participar como voluntário do Projeto de Pesquisa intitulado” O planejamento no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família: estudo de caso do acolhimento”, que será desenvolvido por mim, Luiz Augusto Batista Borges, como parte de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) orientado pelo professor Antonio de Padua Pithon Cyrino, da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Esta pesquisa pretende compreender as relações que se estabelecem, no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família(ESF), entre as práticas de gestão e de trabalho na atenção à saúde, a partir do acolhimento ao usuário; e identificar os principais nós críticos da árvore explicativa das práticas de acolhimento na ESF. Este estudo tem o potencial de refletir em um melhor ambiente de trabalho a partir das suas conclusões, pois as mesmas alimentarão o debate e a busca por estratégias para qualificar a organização das ações de acolhimento nas Unidades de Saúde da Família (USF).

O estudo desta problemática será realizado mediante:

- Observação participante: através das vivências intrínsecas ao contexto de trabalho diário, registradas em caderno de campo e, a seguir, em diário de campo. Esta é entendida como uma ferramenta primordial para a apreensão mais fiel dos fenômenos cotidianos que permeiam os nós críticos a serem evidenciados.
- Entrevistas semi-estruturadas: a se entender, Médicos de Família e Comunidade responsáveis pelas ESF estudadas e gerentes das Unidades de Saúde da Família estudadas. Apenas serão entrevistados os atores que estiverem de acordo com este

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) fornecido antes da entrevista. As entrevistas deverão durar no máximo quarenta minutos, mas poderão ser interrompidas a qualquer momento pelo entrevistado.

Em ambas essas formas de produção de dados, tanto a unidade de saúde onde as pessoas envolvidas atuam quanto a identidade das mesmas será descrita através de pseudônimo, não havendo qualquer outro tipo de identificação, de maneira a preservar o anonimato das pessoas e unidades de saúde envolvidas. Você tem total liberdade para se recusar a participar do estudo ou retirar o seu consentimento sem qualquer prejuízo.

Os riscos envolvidos ao participar deste estudo são eventual desconforto com alguma pergunta que possa lhe causar algum constrangimento. Neste caso, sinta-se à vontade para não respondê-la.

Caso a entrevista seja face a face, as despesas financeiras com transporte, alimentação ou qualquer outro gasto, que você possa ter para poder participar desta pesquisa, serão pagas a você pelo pesquisador no mesmo dia da sua participação. Você não terá, em nenhum momento, quaisquer ganhos financeiros. Você terá garantido o seu direito a buscar indenização por danos decorrentes da pesquisa (Resolução CNS no 510/2016 Artigo 3o, Inciso X, Artigo 17, Inciso V, e Artigo 19, Parágrafo 2o; e Código Civil, Lei 10.406 de 2002, artigos 927 a 954, Capítulos I, "Da Obrigação de Indenizar", e II, "Da Indenização", Título IX, "Da Responsabilidade Civil").

O pesquisador que está lhe entrevistando é parte da equipe responsável pela realização da pesquisa, e se compromete a zelar pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido serve para garantir que você recebeu todas as informações necessárias para participar desta pesquisa. Você deve pedir quaisquer esclarecimentos ao pesquisador responsável sempre que julgar necessário. O mesmo será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual a primeira via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será

arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa, assim como os dados coletados.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 12.00 e das 13.30 às 17 horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos.

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO em participar de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas.

Barretos, ____/____/____

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Nome: Luiz Augusto Batista Borges

Endereço: Fundação Pio XII - Hospital de Amor de Barretos. Rua Antenor Duarte Vilela, 1331, Barretos, SP, Brasil, CEP 14784-400

Telefone: (17) 3321-6600

Email: luizugustobborges@gmail.com

Nome: Prof. Antonio de Padua Python Cyrino. – Fone: (014) 3880.13.32

Endereço: Depto de Saúde Pública – Faculdade de Medicina de Botucatu. Unesp, Campus de Botucatu. Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, S/N - Distrito de Rubião Jr. Botucatu - SP - 18618-970

Email: a.cyrino@unesp.br