

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

JEAN ALVES DE SOUZA

**COMUNICAÇÃO E INCOMUNICAÇÃO NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA: um estudo sobre as interações entre
equipes e usuários no município de Brumadinho MG.**

Rio de Janeiro

2016

JEAN ALVES DE SOUZA

**COMUNICAÇÃO E INCOMUNICAÇÃO NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA: um estudo sobre as interações entre
equipes e usuários no município de Brumadinho MG.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu (PPGICS), no Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), da Fundação Oswaldo Cruz como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Valdir de Castro
Oliveira

Rio de Janeiro

2016

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

S729 Souza, Jean Alves de

Comunicação e incomunicação na Estratégia Saúde da Família: um estudo sobre as interações entre equipes e usuários no município de Brumadinho MG / Jean Alves de Souza. – Rio de Janeiro, 2016.
xiii, 133 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2016.
Bibliografia: f. 128-133

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Comunicação. 3. Interações na equipe de saúde. 4. Informação. 5. SUS. I. Título.

CDD 362.12

JEAN ALVES DE SOUZA

**COMUNICAÇÃO E INCOMUNICAÇÃO NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA: um estudo sobre as interações entre
equipes e usuários no município de Brumadinho MG.**

Aprovada em 29 de setembro de 2016.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Adriana Kelly Santos
ICICT/FIOCRUZ

Prof^a. Dr^a Mácia Cristina Rodrigues Fausto
ENSP/FIOCRUZ

Prof. Dr. Valdir de Castro Oliveira
ICICT/FIOCRUZ

Prof^a. Dr^a Adriana Cavalcanti de Aguiar
ICICT/FIOCRUZ

Prof. Dr. Carlos Henrique de Assunção Paiva
COC/FIOCRUZ

Dedico este trabalho à minha mãe, Sinair, e à minha avó, Joana, pelo amor e carinho devotados. A todos os profissionais engajados do município Brumadinho, como a Lúcia, e outros de todo Brasil que lutam diariamente para melhoria do SUS e das Políticas Públicas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à perseverança que nunca me abandonou mesmo diante de tantas vontades desistir, de tantas noites não dormidas para viajar ao Rio de Janeiro, e para concluir as atividades. Agradeço à força para lidar com toda sorte de imprevistos, percalços e atrasos. Agradeço a todos que, de uma maneira ou de outra, fizeram-me chegar até aqui!

Agradeço a toda minha família, em especial minha mãe Sinair, minha avó Joana, meus irmãos e meu tio Sidney (in memoriam) que sempre me apoiaram, deram força e exemplo para seguir. Amo muito vocês!

Agradeço ao Pedro, hoje um amigo, pelo apoio e força, ele que tantas vezes abdicou do seu sono para me levar ao aeroporto em plena madrugada e que encarou comigo as dificuldades de realizar um mestrado em outro estado.

Agradeço aos colegas da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais que souberam dar significado a palavra empatia em todo esse período, da liberação à conclusão.

Agradeço aos meus alunos da I turma de especialização em Comunicação e Saúde de Minas Gerais pela força, torcida e compreensão.

Agradeço ao meu orientador Valdir Oliveira pelos ensinamentos, interações e empatia.

Agradeço a gestão acadêmica do PPGICS, em especial a Tatiane e Rosilene pela compreensão, paciência e ajuda, principalmente levando em consideração meu contexto geográfico.

Agradeço a CPGICS pela condução das decisões do colegiado.

Agradeço aos professores do PPGICS e do CPQRR que souberam fazer a diferença nessa trajetória, em especial à Inesita, Noronha e Adriana Aguiar. Ao Carlos Henrique do COC, Márcia Fausto da ENSP e Adriana Kelly pelas contribuições.

Agradeço aos colegas da turma que me acolheram tão bem e riram comigo dos percalços nos voos e na vida. Essa turma é linda demais, foram muitas risadas angustias, cervejas, muretas da Urca, sinuca, passeios e até almoços no mercado central em BH. Foi um prazer poder conviver com muitos de vocês fora de sala de aula.

Agradeço aos poucos e bons amigos, e as pessoas especiais que de perto e de longe, sempre estiveram presentes torcendo. Yuri L., Paula B., Flávia C., Ana Elza, Thaís L., Fernando L., Matheus P. e outros que sabem o quanto são importantes.

Agradeço a Secretaria de Saúde de Brumadinho, a Coordenação da Atenção Básica que me recebeu muito bem e se mostrou muito interessada no desenvolvimento e nos resultados da pesquisa.

Agradeço a todos os profissionais das equipes Jota, Planalto, Tejuco e Progresso que me receberam muito bem e foram solícitos a todo o momento, passada a desconfiança inicial. Em especial às enfermeiras Suemy e Aline.

Agradeço aos usuários da ESF que entrevistei, aos que me receberam em suas casas nas visitas domiciliares e que me acolheram com simpatia e boa vontade.

Agradeço, por fim, aos Agentes Comunitários de Saúde pela recepção, interlocução e disponibilidade. Agradeço em Especial a Lúcia, ACS da ESF Jota, pessoal incrível, que me levou para conhecer todo seu território apontando contextos, falhas, estratégias, lutas e resistências.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

(José de Alencar)

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo estudar a Estratégia Saúde da Família - ESF, principal política da Atenção Básica - ATB no SUS, como espaço de comunicação/interações entre equipe e usuários com destaque ao papel do Agente Comunitário de Saúde, considerando também a gestão no processo interacional. Partimos do pressuposto que a forma como se faz e se efetiva a comunicação nas equipes é determinante para o sucesso da Saúde da Família que essencialmente foi implantada para atuar no cuidado ampliado de saúde, ou seja, saúde para além da ausência de doença pautada na promoção e prevenção. Para a construção do estudo, procurou-se contextualizar a história da ATB e ESF bem como aportes teóricos da Comunicação e Informação, centrados principalmente nas interações. O trabalho foi uma pesquisa qualitativa exploratória. O local escolhido para a pesquisa foi o Município de Brumadinho, na região metropolitana de Belo Horizonte, em Minas Gerais pioneiro da implantação da ESF no estado e considerado referência como experiência exitosa nos primeiros anos da implantação. Como estratégias metodológicas utilizamos a observação participante e as entrevistas semi-estruturadas como meio de compreender como se dão as interações nas equipes, seus alcances e limites. Nos resultados percebemos que a comunicação é fundamental para o elo entre a comunidade e a ESF e que a burocracia, o grande número de documentos para preenchimento, o processo de trabalho, a alta demanda de serviços espontâneos, falta de fluxo e diálogo entre setores e a falta de investimento da gestão nos processos de comunicação e informação trazem prejuízos para o serviço, enfraquecem vínculos e fragilizam a ESF. Para além dos resultados, propusemos uma discussão dos dados com teorias e outros estudos empíricos, bem como apontamentos sugerindo que a utilização de uma comunicação mais participativa, bem realizada, horizontal e dialogada na ESF pode contribuir mais efetivamente para viabilizar os ideais deste tipo de programa e, por conseguinte, para a construção do SUS.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Comunicação, Interações na Equipe de Saúde, Informação, SUS.

ABSTRACT

This master thesis aims to study the Estratégia Saúde da Família (Family Health Strategy) – ESF, main policy of Atenção Básica (Basic Assistance) – ATB in SUS, as a space for communication / interaction between staff and users, highlighting the role of the Community Health Agent (Agente Comunitário de Saúde), considering also the management in the interactional process. We start from the assumption that the way communication is done and effectuated is determining for the success of Family Health that essentially was implanted to act on the wide care, in other words, health beyond the absence of disease based on promotion and prevention. For the studies construction, we enviewed to contextualize the history of ATB and ESF as well as theoretical approaches of Communication and Information, mainly centered in interactions. This thesis is a qualitative exploratory research. The place chosen was the district of Brumadinho, located in the suburbs of Belo Horizonte, pioneer in the implementation of ESF in the state of Minas Gerais, considered a reference as a great experience in its first years of implementation. As methodological strategies, we utilized the participating observation and semi-structured interviews as a mean to understand how the interactions among teams happen, its accomplishments and limits. In the results we perceive that communication is fundamental to the link between the community and the ESF, and that the bureaucracy, the large number of documents to be filled, the work process, the high demand for spontaneous services, lack of flow and dialogue between sectors and The lack of investment of the management in the processes of communication and information bring damages to the service, weaken ties and weaken the ESF. From the results, we purposed a discussion around the data with theory and othe popular studies, also suggestions that the utilization of a more participative communication, well performed, horizontal and dialogued in the ESF may contribute more effectively to enable the ideas of this type of programs and, consequently, the construction of SUS.

Key words: Family Health Strategy, Communication , Interactions in Health Teams, Information, SUS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa do município de Brumadinho MG.....	73
Quadro 1 - Números da ESF em nível nacional.....	38
Quadro 2 – Dados do SIAB em Brumadinho MG.....	72

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

ACS – Agente Comunitário de Saúde
ASB – Auxiliar de Saúde Bucal
ATB – Atenção Básica
APS – Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CMS – Conselho Municipal de Saúde
C&S – Comunicação e Saúde
DNERU – Departamento Nacional de Endemias Rurais
ESB – Equipe Saúde Bucal
eSF – Equipe Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
MAC – Média e Alta Complexidade
MG – Minas Gerais
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
NOB – Norma Operacional Básica
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
PSF – Programa Saúde da Família
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
TSB – Técnico em Saúde Bucal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1. Considerações Iniciais.....	14
1.2. Comunicação na ESF: um percurso a se delinear.....	15
1.3. Objetivos.....	22
1.4 Justificativa.....	22
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO SUS E DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	27
2.1. O Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica.....	27
2.2. A Estratégia Saúde da Família	31
2.2.1 Cenário Atual da Estratégia Saúde da Família	38
3. CONCEITOS E NOÇÕES QUE PERMEIAM A COMUNICAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	42
3.1. Comunicação e informação em Saúde: Campo, Mercado Simbólico e Interacionismo.....	42
3.1.1 Interações na ESF.....	49
3.2. A ESF como palco e estrutura de comunicação.....	54
4. METODOLOGIA.....	58
4.1. O Percurso Metodológico.....	58
4.2. Pesquisa de Campo.....	59
4.3. Observação Participante.....	61
4.4. Entrevistas.....	64
4.5. Análise e Tratamento de Dados.....	66
4.6. Questões Éticas.....	68
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	70
5.1. O SUS e o pioneirismo da ESF em Brumadinho - MG.....	70

5.1.1. O Município e a Secretaria Municipal de Saúde.....	70
5.1.2. A história da implantação do PSF em Brumadinho MG.....	73
5.2. As categorias de análise que influem na comunicação/interações na ESF.....	81
5.2.1. Estrutura e Gestão das Equipes.....	81
5.2.2. Capacitação.....	85
5.2.3. Motivação e Vínculo.....	88
5.2.4. Organização e trabalho nas equipes.....	94
5.2.5. Informação.....	99
5.3. Comunicação: as interações na ESF.....	105
5.3.1. Comunicação entre equipe e usuários.....	105
5.3.2. A comunicação entre os membros da equipe e as relações com a gestão.....	114
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
REFERÊNCIAS.....	128
APÊNDICE.....	134
1. Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	135
2. Roteiros de Entrevistas.....	137
3. Carta de Anuência de Brumadinho MG.....	141
ANEXO.....	142
1.Parecer do CEP.....	142

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações Iniciais

O caminho que me traz a esta dissertação é longo, completou 10 anos em 2016. Este aspirante a pesquisador ingressou no sistema público de saúde aos 19 anos de idade, concursado como assistente administrativo, e foi parar logo num Centro de Atenção Psicossocial – CAPS no município de Caratinga, cidade de noventa mil habitantes na região leste de Minas Gerais. Na época, não entendia nada de saúde pública, e muito menos de saúde mental. Ao fim do primeiro dia na unidade, não segurei o choro, não havia feito concurso para trabalhar “num lugar de loucos”. Mas como estudante do 3º período de jornalismo que pretendia mudar o mundo, eu resisti, era apenas um emprego para trazer um pouco mais de independência para um estudante bolsista oriundo de uma família de poucos recursos.

Passaram-se dias, meses, anos... o jornalista se formou, mas já estava imerso nas questões da saúde pública, tendo passado por setores como a promoção à saúde, atenção básica e por fim, estabelecendo-me no nível de administração central da secretaria municipal de saúde. Logo após a formatura, uma especialização em Planejamento em Saúde Coletiva seguida da nomeação para Diretor de Planejamento e Controle Avaliação. Posteriormente, a nomeação para superintendente de saúde com foco de trabalho nas questões centrais da saúde no município. Esta trajetória foi marcada por duas administrações distintas, a primeira do PSDB e segunda do PT, que ampliou a participação de servidores de carreira na administração e possibilitou incremento das políticas públicas de saúde, principalmente nas regiões mais vulneráveis do município.

O SUS foi me conquistando com o decorrer do tempo, participava de eventos junto ao conselho de saúde, fora os embates saudáveis nas reuniões, além da participação em congressos, seminários e diversos outros lugares em que a pauta era a melhoria da saúde pública. O trabalho transformou-se em militância, em responsabilidade e objetivo pessoal e profissional. A experiência em diversos setores da gestão do SUS municipal possibilitaram acreditar na Atenção Básica como base

fundamental para um sistema de saúde de qualidade e mais próximo de cobrir as demandas da nossa população.

Atualmente, como trabalhador de uma instituição de Ensino e Pesquisa em Saúde, atuando na coordenação de uma Especialização em Comunicação a Saúde, me vi tentado a voltar às bases da minha graduação e somá-la a toda minha experiência com saúde pública. Ao buscar o PPGICS, meu propósito foi além da simples busca pela capacitação para atuação profissional (motivação inicial), mas principalmente para abrir o pensamento para muitas inquietações a respeito da baixa valorização do SUS na sociedade e aos diversos outros problemas e desafios diários que o sistema enfrenta, em parte por problemas na comunicação e na circulação, ou não, da informação.

Esta dissertação é um estudo das questões da comunicação na Estratégia Saúde da Família – ESF. A atenção básica é a porta de entrada preferencial para o SUS e a ESF sua principal estratégia política para o cuidado. Tem como pilares a promoção, prevenção e educação em saúde, estas, frentes de trabalho que utilizam da informação, comunicação e suas ferramentas para se consolidarem. A forma como a comunicação se efetiva na porta de entrada do sistema é fundamental para entendermos o seu papel, alcances e limites na política. É a partir destas questões que esta pesquisa se constrói, no campo da comunicação e saúde, nas interações cotidianas, atenção básica e, principalmente, no desejo de um SUS melhor.

1.2 Comunicação na ESF: um percurso a se delinear

É do Campo da Comunicação e Saúde que se origina este estudo. Campo Social e área do conhecimento interdisciplinar que emerge a partir de uma nova maneira de articular os campos da comunicação e da saúde. Constitui-se de teorias e modelos comunicacionais aplicados à saúde, metodologias, agentes, instituições diversas, políticas de saúde e comunicação, discursos, práticas, instâncias de formação, lutas pelo poder e negociações. Trabalha na perspectiva contra-hegemônica, ou seja, na mudança de padrões já estabelecidos de comunicação e saúde, objetiva relações mais democráticas em relação ao poder de falar e ser ouvido na saúde. As primeiras relações da comunicação com as políticas públicas

de saúde datam das pioneiras campanhas sanitárias da década de 1920, e desde então os estudos apontam para o movimento entre as forças que mantêm as posições hegemônicas e dominantes, e aquelas que se mobilizam para mudanças, como as diversas lutas sociais, tal qual o marco da reforma sanitária na década de 1980 e as demais lutas para manutenção do SUS nos dias atuais (Araújo;Cardoso, 2007).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) decorre a partir de movimentos democráticos com grande participação popular e evidenciaram a importância da comunicação para a construção das políticas públicas. Partindo do pressuposto de Hanna Arendt (1993), não há como construir políticas sem comunicação ou práticas discursivas. Portanto, o SUS demanda não só de conhecimentos na área de saúde, mas depende fundamentalmente também da política e da comunicação, que permitem a interação entre instituições e usuários, controle social e participação. Este cenário e contexto tornaram-se o ambiente propício para a formação do Campo da Comunicação e Saúde no início da década de 1990.

O surgimento do SUS evidenciou a necessidade de analisar e pesquisar modelos e práticas de comunicação mais interativas, participativas e abertas, além de qualificar os agentes do campo da informação e da comunicação de acordo com o novo paradigma da saúde (Araújo;Oliveira, 2012).

A Estratégia Saúde da Família- ESF, principal modelo de Atenção Básica – ATB, adotado no país, foi criada em 1994 como Programa Saúde da Família – PSF e foi tomando grandes proporções até se tornar estratégia na reorganização das redes de atenção à saúde e do sistema como um todo. Na perspectiva da comunicação, a ESF abre um caminho de muitas potencialidades para o estudo e a abordagem de práticas comunicativas, já que é uma política universal e abrangente, tornando-se, na maioria das vezes, o primeiro canal de acesso as informações, diretrizes e objetivos do SUS, ou seja, onde se estabelecem as primeiras relações entre população e a saúde pública.

Evidenciando alguns dos principais problemas enfrentados pela ESF em relação aos seus objetivos no SUS, pode-se citar essencialmente: a não consolidação efetiva como porta preferencial e organizadora da integralidade do sistema, a baixa resolutividade em relação à assistência aos usuários que ainda

valorizam níveis de complexidade mais avançados baseados em tecnologias mais tangíveis, como exames de imagem e outros procedimentos biomédicos em detrimento dos cuidados preventivos e promoção da saúde.

Há que se considerar também a falta da criação de vínculos dos usuários e suas famílias com a ESF em determinados territórios, causando a fragmentação do atendimento em diversas unidades, a não capacitação dos trabalhadores, políticas de recursos humanos precárias, a falta de planejamento, do uso das interações e informações para a organização das equipes e construção das ações e políticas públicas, além da visão reducionista do usuário em relação ao seu potencial promotor e de educação em saúde. Estes e outros fatores acarretam a perda de identidade da ESF, fazendo com que problemas e situações que poderiam se resolver nos cuidados básicos e preventivos da estratégia sejam levados a outros níveis da atenção à saúde, mais caros, de menor oferta e, conseqüentemente, acarretando mais problemas de saúde, mais filas e ônus para o SUS.

A comunicação tem papel fundamental nas relações que se estabelecem nas interações entre equipe e usuários e que são, para este estudo, o cerne dos alcances e limites da ESF, pois envolve vínculo e a partir dele a captação de todo o arcabouço de informações basilares para efetividade do trabalho. Estratégias de comunicação nas interações e relações institucionais e interpessoais podem ser fundamentais e essenciais para melhoria da qualidade do cuidado na assistência, melhorando indicadores, consolidando a periodicidade, o acompanhamento de tratamentos e estimulando a prevenção e a promoção para além da doença, educando e intervindo na realidade das condições de saúde e vida da população nos territórios.

Neste cenário supõe-se que há dificuldades comunicacionais, de escuta, participação e no manejo de informações na ESF. Estas barreiras na comunicação, que vamos chamar aqui de incomunicação, emergem dos processos interativos, dos discursos limitados, no poder de fala e no alcance do diálogo e entendimento entre usuários e equipe. Esse processo é quase sempre baseado numa relação verticalizada, que ainda se coloca como dominante nas políticas públicas de saúde.

No Brasil, os meios de comunicação nos ajudam a entender a cultura e os costumes das pessoas, influenciando no papel democrático e participativo da população e como reconhecem valores e práticas em relação à saúde. Temos heranças desenvolvimentistas ainda iniciadas por governos progressistas e

consolidadas pela ditadura militar. A ESF, tratada neste estudo enquanto estrutura de comunicação, é um modelo potencial para o enfrentamento das práticas comunicativas dominantes. Contudo, mesmo na atenção básica/ESF, o diálogo, a interlocução e a escuta ao outro são trocados, muitas vezes, pela busca da transmissão de informações mais fidedignas aos polos que detém o poder de fala, seja gestor local, ministério da saúde ou dos especialistas. Valdir Oliveira descreve um pouco este processo:

Também nas políticas públicas de saúde, prevalece a busca e a proposição de técnicas comunicacionais visando atingir determinados objetivos definidos por um dos polos da relação comunicacional, como o gestor, o governo, as instituições públicas e privadas. O mesmo acontece na área da participação popular (conselhos de saúde, comissões de saúde, organizações populares, profissionais ou de gestores). Qualquer que seja o caso, a preocupação básica que norteia o modelo aqui descrito é a de obter o máximo de rendimento na transmissão das mensagens para determinados públicos e limitar as possibilidades de negociação e a indeterminação dos sentidos, ou seja, a dimensão de alteridade que deveria acompanhar o conceito de comunicação ou da informação se o paradigma buscado é o dialógico (Oliveira, 2008).

Tal qual a saúde, informação e comunicação não fogem a regra do direito. No pressuposto comunicacional do SUS, universal, descentralizado e horizontalizado, o indivíduo tem o direito de falar e de ser ouvido, para tanto, a comunicação na saúde deve ser democratizada, abrindo espaços para interlocução e diálogo. Partindo dos princípios doutrinários e organizativos do SUS podemos identificar como a comunicação deve estar estabelecida para a consolidação do SUS como política pública universal e participativa.

Baseada nos conceitos de Araújo e Cardoso (2007) podemos estabelecer a relação entre os princípios do SUS e a Comunicação, tomando como base nosso objeto empírico, a ESF. O SUS por ser política pública, direito de cidadania, deve conduzir uma política comunicativa que garanta às pessoas informações necessárias para a participação em suas ações, programas e decisões. O SUS deve ser um eixo balizador da prática comunicativa na saúde, pois o campo da comunicação e saúde não atende ao mercado, mas objetiva melhorar o sistema público de saúde com efetiva participação social e utilizando os princípios

doutrinários: universalidade, equidade e integralidade; e organizativos; descentralização, hierarquização e participação (Araújo e Cardoso, 2007).

A Comunicação deve ser universal, inseparável da ideia de direito, de forma a possibilitar que o indivíduo seja mais participativo na construção das políticas, saindo do papel de mero receptor a partir de um processo de comunicação mais democrático e inclusivo (Araújo e Cardoso, 2007). A ESF é estratégica para isso, uma vez que está alocada nos bairros, comunidades e mais próximas aos usuários, inclusive por meio das visitas dos Agentes Comunitários de Saúde, maior elo da comunidade com os cuidados primários de saúde.

No que diz respeito à integralidade, é pensar o acesso à comunicação em suas múltiplas dimensões. Assim como no sistema de saúde o indivíduo tem o direito de ascender ao atendimento de acordo com o nível de complexidade do seu estado de saúde/doença, ele também tem direito a comunicação em todos estes níveis. A possibilidade de comunicação em todas as dimensões do sistema de saúde é fundamental para a manutenção e participação nas políticas. A ESF é, muitas vezes, o primeiro contato do usuário com o sistema, e como propõe Eugenio Vilaça (2012) é a chave para a organização das redes e da integralidade no SUS.

Para Araújo e Cardoso (2007) a comunicação equânime respeita as diferenças. Os indivíduos vivem em situações diversas e a comunicação precisa tratar desta diversidade de forma desigual, partindo das necessidades de cada usuário, grupo ou comunidade, sem deixar para trás o princípio da universalidade. Trabalhar as diferenças é fazer com que cada um, por mais singular que seja, sinta-se parte do processo, empoderando-se de informações e aumentando sua participação na política. A ESF prevê em seus objetivos a diminuição das desigualdades sociais, apesar do acesso e da expansão universal, as primeiras unidades geralmente priorizam áreas de maior vulnerabilidade. O grande fluxo de informações na ESF é potencial inclusive para promoção de políticas intersetoriais como serviço social, saneamento e meio ambiente.

O Brasil é um país de grande dimensão territorial e isso implica em inúmeros contextos regionais. A redistribuição da Comunicação, descentralizando dos polos emissores dominantes para perto da população, tal qual a administração política e financeira do SUS a partir de 1990, é importante para incluir todos os cantos do país na política pública. Respeitar os contextos regionais, permitindo a construção da comunicação e informação nos municípios, distritos e bairros, de acordo com a

realidade existente. Como política de saúde mais descentralizada e plural a ESF é fundamental para o desenvolvimento da comunicação de forma a abranger as diferenças e criar vínculo com a população.

Também é preciso fortalecer a comunicação para fora dos níveis centrais, a possibilidade de secretarias municipais e estaduais de saúde em protagonizar a comunicação na saúde, sem deixar de reconhecer o ministério como condutor. Como já dissemos a ESF necessita de políticas de comunicação institucionais externas e internas que favoreçam as vozes periféricas, os contextos e os saberes do outro, para isso precisam estar fortalecidas em todos os Estados e Municípios, respeitando o princípio da hierarquização.

Toda a reflexão acerca dos princípios do SUS nos leva ao mais importante em relação à comunicação: a participação social como ferramenta para a efetivação de um novo modelo comunicacional no SUS. É preciso aumento da participação da população a partir do direito básico de falar e ser ouvido. Ser considerado pelo sistema, pela política, pelos profissionais e técnicos. Na ESF a comunicação pode ampliar a participação de vozes que sempre correram à margem do sistema. Pode tornar o indivíduo muito mais capaz de se ver como integrante do processo de formação das políticas, produzindo autonomia sobre seu estado de saúde e principalmente, fortalece o controle social a partir da apropriação das informações e do relacionamento com as instituições, serviços e demais programas de saúde.

Oliveira (2004) defende que a comunicação deve ser dialógica e educativa de forma a criar condições para participação nas quais o sujeito se torne um participante argumentativo, com opiniões construídas a partir da busca e compartilhamento de informações. Quanto maior a participação, mais engajamento na política pública e controle social e, por consequência, enfraquecimento dos modelos comunicacionais voltados para manipulação e coerção.

Comunicação e saúde, como foi descrito, estão diretamente ligadas às políticas públicas de saúde e tem no SUS um campo muito fértil para se consolidar. Ao relacionar seus princípios fundantes às práticas comunicativas, percebemos o SUS como uma estrutura de comunicação política, que depende não somente de estrutura física e conhecimentos técnicos, mas principalmente da participação e da prática discursiva da população.

Neste sentido a ESF é a maior política do SUS, já que é porta de entrada preferencial do sistema, mais próxima e de mais acesso ao usuário. É na ESF, essencialmente, que o SUS vai acolher e conhecer o usuário, muitas vezes o primeiro contato direto e interativo com o sistema de saúde. Destas percepções parte esta pesquisa, das interações da equipe de saúde da família - eSF com a população, e seus alcances e limites para consolidação e sucesso da política pública.

Há que se considerar que no cerne da ESF enquanto política pública a comunicação e informação se tornam ferramentas para alcance e manutenção de muitos interesses, seja da gestão, dos profissionais ou dos usuários. Bourdieu nos lembra que em espaços estruturados como este há luta pela manutenção do poder, que neste caso pode se traduzir no desejo da gestão da implantação de ações e serviços tal qual interesses administrativos e políticos do governo municipal; no interesse dos profissionais em organizar o fluxo de atividades e implantar estratégias de trabalho que permitam efetividade nas ações e reconhecimento da gestão e dos usuários; e por fim na necessidade dos usuários por visibilidade, do desejo do pronto atendimento de qualidade para todas as demandas e, porque não, do direito de falar e de ser ouvido. A comunicação perpassa por tudo isso.

Para dar forma ao estudo tomamos como base alguns autores e teorias para a discussão do objeto e da pesquisa empírica: a teoria do Interacionismo Simbólico, que trata do estudo das interações sociais entre pessoas e grupos, parte dos estudos de Herbert Blumer e se expandem com outros autores como Erving Goffman, que utilizaremos amplamente neste trabalho por tratar das interações face a face e do comportamento dos indivíduos no processo interativo entre si e nos grupos e instituições; a teoria do mercado simbólico, de Inesita Araújo, que trata do processo comunicativo baseado na interlocução, na capacidade de contextualizar os indivíduos, na mediação, na produção de sentidos e na circulação da informação nos grupos. Somadas a estas teorias conceitos de Pierre Bourdieu sobre o poder e capitais simbólicos, outros conceitos primários de comunicação e informação, estudos empíricos que tomam como base a comunicação e pesquisas sobre o trabalho na Estratégia Saúde da Família, com enfoque nas relações das equipes entre si com os usuários.

1.3 Objetivos:

Geral:

Analisar como se efetiva a comunicação na Estratégia Saúde da Família no Município de Brumadinho MG; e identificar a relevância, alcances e limites, das práticas interativas entre os profissionais da ESF e os seus usuários para sua consolidação enquanto principal política de atenção à saúde.

Específicos:

- Levantar a história da Implantação da ESF em Brumadinho MG sob os aspectos da gestão, estrutura, organização e interações cotidianas que contribuíram para o lugar de vanguarda deste município para a política ESF.
- Identificar as características, dificuldades e potencialidades da comunicação entre os profissionais da ESF e seus usuários, e nesse aspecto o ACS como principal elo comunicativo entre a equipe e a população.
- Descrever como se dá a prática comunicativa nas eSF's, a partir do processo informacional e comunicacional que estrutura as ações da ESF no município.
- Descrever as interações entre gestão, equipe e população e como este processo se constrói nas unidades de saúde e no ambiente domiciliar, identificando vínculos, afetos, alcances e entraves.

1.4 Justificativa:

O propósito principal deste estudo consistiu em analisar as práticas interativas estabelecidas nas equipes de Saúde da Família – eSF com os usuários. Contudo, consideramos também a relação das equipes com a gestão do SUS no município e nos âmbitos estadual e federal no que tange às diretrizes da Estratégia Saúde da Família e a relação dos profissionais entre si nas equipes. A interação

entre estes atores sociais cria vínculos e afetos determinantes no diálogo, empatia e modo de agir na construção das relações comunicacionais no cotidiano das eSF's.

Tendo em vista ser a ESF ser composta por uma equipe multiprofissional com caráter interdisciplinar, com saberes científicos, pessoais e profissionais dos mais variados que se interagem com a população nos mais variados contextos. A interação cotidiana nas relações do trabalho no território possibilita o surgimento de vínculo, empatia e diálogo, mas também pode criar tensões e dificuldades de comunicação, na circulação, compreensão e aproveitamento da informação para o planejamento das atividades e o êxito das equipes.

A questão principal do trabalho está na análise da ESF como estrutura de comunicação, visto que os objetivos da estratégia estão para o cuidado além da doença, pautado nas relações e vínculos com a família, nas interações para captação, circulação e manutenção da informação. Pretendemos analisar a importância e a relevância da comunicação, na perspectiva interacional, nas relações entre profissionais e população. Neste sentido, valorizamos a figura do agente comunitário de saúde como mediador e elo entre a população e a equipe, sujeito que capta e faz circular as principais informações para a efetivação do trabalho.

A hipótese principal é que parte fundamental do sucesso da Estratégia Saúde da Família, principalmente em relação à promoção, prevenção e educação saúde, depende da maneira como se efetiva a comunicação da eSF com a população e como as informações circulam na equipe e dão subsídio para o trabalho e gestão da ESF. Neste caso, a comunicação entre os membros da equipe também é importante, pois lida com os dados produzidos nas relações com os usuários e sua aplicabilidade na prática das ações e atividades. Uma ESF não pode ser resolutiva se não conhece os contextos do seu território, para isso é preciso investimento nas interações para busca e uso da informação, incluindo também a gestão nesse processo.

A nossa hipótese é que a comunicação bem estruturada nas equipes favorece o diálogo com a comunidade, fortalece os vínculos e produzem sentidos na população em relação à relevância da ESF na saúde. Analisar a eSF como estrutura de comunicação e aprofundar nas relações entre a equipe e as interações com a população pode trazer resultados importantes para explicar e intervir na realidade atual dos investimentos comunicacionais na Estratégia. Pois, por mais

avanços que tenha trazido ao SUS ao longo das últimas duas décadas, ainda encontra problemas na resolutividade, no número de consultas excessivas encaminhadas aos especialistas, na procura aos serviços de urgência e emergência, no uso da assistência curativa em relação à preventiva e principalmente a baixa utilização do seu potencial de intervenção na realidade de saúde, incluindo aí os principais determinantes sociais, como condições sócio econômicas, saneamento e estrutura urbana e familiar.

Configurou-se como objeto empírico deste estudo 04 equipes de Saúde da Família do município de Brumadinho, na região metropolitana de Belo Horizonte MG. Observamos ao longo de sete meses o funcionamento destas unidades e como elas se integram ao Sistema de Saúde Municipal e se estabelecem em relação aos usuários, nas interações sociais e na cena cotidiana.

As cidades de pequeno porte são a grande maioria do universo municipalista brasileiro. A ESF por ter nascido primeiramente em lugares mais vulneráveis encontrou nos pequenos municípios maiores facilidades para se desenvolver. Levamos este fator em consideração na escolha de Brumadinho para campo do estudo, pois o fato de ter um contingente populacional considerado pequeno contribui para o fortalecimento da natureza da Estratégia Saúde da Família, e para a pesquisa denota uma facilidade maior de perceber as interações das equipes com a população e seus resultados.

Um município pequeno constitui um universo menor e mais tangível para analisar as interações já que notadamente as pessoas estão menos distantes, usuários do sistema de saúde estão mais próximos dos profissionais da área e também dos agentes políticos. O acesso da população às autoridades é menos burocratizado e tem caráter menos formal o que torna diferente a efetivação deste tipo de política pública, inclusive para o estabelecimento de fluxos e diretrizes da ESF como veremos nos resultados do trabalho.

Mas a escolha do município de Brumadinho se deu não só por este, mas por diversos fatores, como o histórico: a cidade foi uma das primeiras em Minas Gerais e no Brasil a implantar o Programa Saúde da Família – PSF, começando as discussões para implantação já 1994, ano de criação do programa. No início de 1995 cinco equipes já estavam trabalhando implantadas na zona rural do município, caminho inverso de grande parte das localidades, que iniciam a implantação nos centros urbanos.

Os registros desta implantação demonstram que, desde o início, o PSF em Brumadinho foi criado para melhorar os indicadores da população rural, estabelecer vínculos entre famílias e equipe e intervir na realidade dos distritos sanitários, já utilizando desde o início processos de comunicação mais horizontais e participativos, como visitas nas comunidades para levantamento dos contextos e apresentação do programa junto a população (Oliveira, et al, 1996).

A implantação do então PSF foi muito bem-sucedida e, por causa disso, diversos órgãos nacionais e internacionais estiveram no município para conhecer o programa e sua importância para a consolidação do SUS, ainda em seus primeiros anos como nos registram algumas das pessoas entrevistadas, além do registro nos primeiros cadernos de saúde pública do Ministério da Saúde.

Outro fator decisivo para escolha de Brumadinho é a possibilidade de conhecer e analisar as dificuldades, o sucesso e as particularidades deste tipo de programa em um município de pequeno porte para conhecer os possíveis impactos que teve na saúde pública local. E também de realizar uma pesquisa que conte a trajetória do programa, hoje estratégia, em um município pioneiro nesta iniciativa da atenção básica, partindo de sua implantação até sua incorporação na paisagem cotidiana. E, deste modo, os percalços que enfrentou ao longo dos anos, que o mantiveram em funcionamento e o ampliaram para 100% de cobertura populacional.

É importante salientar que não encontramos estudos que analisam diretamente a Estratégia Saúde da Família como estrutura de comunicação, centrada nas interações e relações cotidianas entre a equipe multiprofissional e usuários. E poucos estudos da comunicação na ESF e Atenção Básica. Este fator, embora seja dificultador para construção de algumas comparações, revela a importância de estudos desta natureza, principalmente em políticas públicas voltadas para a promoção e prevenção da saúde.

Por fim, os conceitos, teorias e práticas da comunicação e interação encontrados principalmente em Goffman, Araújo, Oliveira e outros estudos empíricos, demonstram que a comunicação é fundamental para a efetivação de uma política como a Estratégia Saúde da Família. A ESF é um espaço institucional de interação social, interlocução e vínculo, tem grande fluxo de informações que necessitam circular entre os atores para que as ações e o processo de trabalho se efetive. Nosso estudo demonstra a relevância da prática comunicativa/interações nas equipes, seja com usuários, gestores ou entre si, e como o processo de escuta,

participação e interlocução, contrários as práticas hegemônicas, em que os polos de poder centralizam e legitimam o discurso e as informações, são fundamentais para avanços reais da Atenção Básica baseada na Saúde da família, não só em Brumadinho, mas também no SUS.

1.5 Organização da dissertação:

Esta dissertação é uma pesquisa exploratória analítica de caráter qualitativo e está organizada da seguinte forma:

No capítulo I estão dispostas as Considerações Iniciais, apresentação do tema, problema, hipótese, objeto, objetivo geral e específico e justificativa do trabalho. No capítulo II, apresentamos o SUS, a Atenção Básica, a História e cenário da Estratégia Saúde da família no País.

O Capítulo III é composto pelas perspectivas teóricas da Comunicação e Informação e Saúde, da interação e relações na ESF. O objetivo é dialogar as teóricas com o objeto estabelecendo a ESF como estrutura de comunicação. No Capítulo IV apontamos os conceitos, ferramentas, desenho do estudo e o percurso metodológico para a construção da dissertação.

No capítulo V abordamos inicialmente a história e contextualização da implantação da ESF em Brumadinho com todas as características do município e a apresentação dos Resultados e Discussões do estudo. Por fim, o capítulo VI traz as Considerações Finais e Conclusão do estudo.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO SUS E DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

2.1 O Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica

A Organização Mundial de Saúde – OMS define sistema de saúde como um arranjo de pessoas, instituições e recursos com políticas, que tem por objetivo a manutenção da saúde da população à qual o sistema se destina, responder às suas expectativas e protegê-la da doença por meio de atividades que objetivem a melhoria da saúde. Giovanella (2008) define como um conjunto de relações políticas que permitem a organização e condução dos processos de saúde através de regras e serviços a uma determinada população.

O Sistema Único de Saúde Brasileiro – SUS emergiu de apelos populares a partir de movimentos iniciados nos anos 70 por grupos de sanitaristas, acadêmicos, professores, trabalhadores da saúde, sindicatos e movimentos sociais que culminaram na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Considerada marco para o início efetivo da reforma sanitária e um novo modelo de assistência a saúde. Para Sérgio Arouca, então presidente da Conferência, o movimento representava não somente a indignação com as precárias condições da saúde pública do país, mas também uma nova possibilidade política e técnica para enfrentar o problema (Arouca, 1988).

A conquista do novo sistema é oficializada posteriormente com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que assegura a saúde como direito todos os cidadãos e dever do Estado através do artigo 196. No texto constitucional está contemplado o acesso universal e igualitário às ações assistência, de prevenção, promoção da saúde e redução de riscos (Brasil, 1988). A mudança da política sanitária causou uma grande ruptura no modelo assistencial que vigorava até então. O período da ditadura, que antecedeu o SUS durou 1964 até 1984, foi marcado pela assistência hospitalocêntrica, mercantilista, curativa, de acesso restrito à população e pouquíssimas ações voltadas para o cuidado primário e a promoção da saúde, gerando grandes iniquidades e retrocesso às políticas sanitárias

inovadoras iniciadas nos anos 50 como o Departamento Nacional de Endemias Rurais – DNERU.

O SUS foi regulamentado pela lei 8.080 de setembro de 1990. O texto legal dispõe sobre os objetivos, as diretrizes e princípios organizativos e doutrinários, a organização, a gestão e o financiamento. Dentre as principais definições estão o acesso universal; a integralidade da assistência, ou seja, o acesso em todos os níveis de atenção, dos cuidados básicos aos transplantes; a equidade e igualdade no acesso priorizando os casos de maior necessidade; a descentralização das ações da União para Estados e Municípios; a definição da gestão e do comando do sistema nas três esferas de governo e a participação da comunidade. Este último princípio institucionalizado e garantido através da criação dos conselhos de saúde na Lei 8.142 de dezembro de 1990.

Além do acesso Universal, a descentralização do sistema para Estados e Municípios possibilitou uma nova organização e ordem política. A criação do Fundo Nacional de Saúde para repasse de recursos para fundos de saúde nos estados e municípios, instituído pela também pela Lei 8.142/90, bem como o direcionamento de políticas, através das Normas Operacionais de Saúde (NOB 93, NOB 96 e NOAS 2001/02) estabeleceu um novo arranjo político, financeiro e operacional da assistência. Neste cenário ganharam destaque os cuidados primários de saúde como base para uma nova possibilidade de reorganização da assistência e do acesso.

As políticas de saúde pós SUS se voltaram para a saúde além da ausência doença e, para tanto, o fortalecimento da Atenção Primária a Saúde – APS foi fundamental. A criação dos Programas de Agente Comunitário da Saúde – PAC e Saúde da Família – PSF, em 1992 e 1994 respectivamente, foram marcos para a mudança no acesso e na Universalização do Sistema Único com propostas inovadoras, como as visitas domiciliares dos ACS e demais profissionais, contextualização dos territórios entre outras, para o estabelecimento das relações entre usuários e o SUS.

A Atenção Primária se configura como o primeiro nível de acesso a Saúde e visa à equidade das ações por meio da redução das desigualdades no atendimento de saúde. O marco na direção da APS e que baseou diversas reformas sanitárias pelo mundo e o modelo de atenção básica brasileiro, deu-se em 1978 em Alma Ata no Cazaquistão, realizado pela Organização Mundial da Saúde – OMS e pelo Fundo

das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. Na declaração de Alma Ata a APS fica definida da seguinte maneira:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Opas/OMS, 1978).

No Brasil (no SUS) a APS é denominada também como ABS – Atenção Básica à Saúde que de acordo com sua Política Nacional, definida pelo anexo I da portaria GM/2.488 de 2011 quer dizer:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (Brasil, 2011).

A Atenção Básica se orienta nos princípios do SUS, principalmente no que se refere à Universalidade do acesso, a redução de desigualdades pelo princípio da equidade e a participação social. Ainda no que se refere aos cuidados básicos à

promoção da saúde está inserida, como forma de promover o bem-estar físico e social da população. No marco regulatório da atenção básica fica ainda definido:

O acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Brasil, 2011), define que, além de porta de entrada preferencial da rede de ações e serviços de saúde do SUS é também centro de comunicação da rede com relação ao contato com os usuários e os demais níveis de atenção. Orientada pela humanização, construção de vínculos, capilaridade e observando as particularidades da população para o estabelecimento da inclusão, participação e integralidade do acesso ao SUS. No Brasil, a Atenção Básica está ligada diretamente ao Programa de Saúde da Família – PSF, hoje reconhecido com o status de estratégia, ESF – Estratégia de Saúde da Família, que conta com equipe multiprofissional para atendimento das demandas de cuidados primários, de promoção, prevenção e atenção à saúde. A ESF, que engloba o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, é a maior e principal política para consolidação da PNAB (Brasil, 2011).

2.2 A Estratégia Saúde da Família

O Programa Saúde da Família - PSF surge no cenário reformista do SUS em 1994 e se torna um marco ao se estabelecer como a primeira política nacional específica de atenção básica/primária com abrangência voltada para todo território nacional. Pensado inicialmente para as áreas como maior vulnerabilidade social, partindo do princípio da equidade no sistema, o programa atinge status de protagonista na reorganização dos serviços e ações de saúde no âmbito dos municípios, entes que, a partir da descentralização administrativa, tornam-se os principais executores da assistência a Saúde no país. O PSF baseou-se nos princípios organizativos e doutrinários do SUS e incorpora pressupostos dos modelos de Atenção Primária implantados em diversos países e defendidos pela Organização Mundial de Saúde - OMS (Escorel et al, 2007).

Contudo, outro fator, além do cenário reformista sanitário vivido pelo Brasil e outros países da América latina no início dos anos 90 foi fundamental para o surgimento do PSF em 1994: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, surgido em 1991. O PACS, regulado pela portaria 1.886/1997 se torna um programa de transição para implantação das eSF- Equipes de Saúde da Família. O Agente Comunitário de Saúde - ACS é o profissional que constitui o programa, tornando-se a base para um novo modelo de assistência, baseado em informações, orientações e monitoramento da saúde da comunidade através de acompanhamento domiciliar. O ACS deve ser alguém da própria comunidade para facilitar o estabelecimento de vínculos com a população atendida. Cada ACS pode ficar responsável por até 750 pessoas e sua coordenação fica a cargo do enfermeiro da Unidade Básica de Saúde (Brasil, 2001).

O PSF, assim como o PACS, foi regulamentado também pela portaria 1.886/1997. O programa gradativamente substituiu os antigos “postos de saúde” baseados somente no atendimento médico clínico e generalista, no âmbito dos municípios, aproximando as comunidades e suas famílias dos serviços públicos de saúde. Nos municípios com grandes áreas territoriais, os antigos postinhos são, muitas vezes, utilizados como ponto de apoio e estão integrados às eSF's.

O programa tornou-se tão importante para a consolidação da ATB e do SUS que adquiriu caráter de estratégia inerente à política pública de saúde. Por isso, o Programa Saúde da Família - PSF ao ser elevado ao status de Estratégia passa a denominar-se Estratégia Saúde da Família – ESF. “... desde 1999, passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial...” (Escorel et al, 2007). Muitos municipalistas gostaram da nova denominação devido ao caráter permanente da estratégia, já que programas, principalmente em relação a políticas públicas de saúde, muitas vezes, eram implantados e descontinuados após um período ou por mudanças na gestão/governo.

As equipes de Saúde da Família se disseminaram de forma mais acelerada nos municípios de pequeno até médio porte, com capacidade instalada de saúde baixa ou inexistente. Nas grandes cidades e conglomerados urbanos o crescimento e implantação das eSF se deu de forma mais lenta, por diversos fatores relacionados à concentração demográfica e má distribuição dos serviços e ações de saúde, denotando uma rede mal articulada e fortemente exclusiva em relação acesso pela população (Escorel et al, 2007).

Nos municípios menores foi uma oportunidade de dar acesso à saúde a populações em que as políticas públicas não chegavam, ganhando força entre gestores e população. Já nos grandes centros com estruturas já formadas, houve mais resistência para implantação/mudança de modelo, visto que demandava uma nova organização administrativa e política.

Apesar da expansão da ESF no cenário da saúde Brasileira atual, a implantação da estratégia, ainda como Programa Saúde da Família – PSF foi permeada de muitas críticas e dúvidas em relação às intenções e a efetividade da assistência baseada em uma ação para um território tão grande e diverso como assinala Paim:

A formulação e a implantação do PSF nos seus primeiros anos de existência suscitou inquietações e críticas diversas. De um lado, a preocupação com a tentativa de ressurreição do médico de família, não só pelo conteúdo ideológico que conformava a proposta subordinada ao movimento nos EUA, mas também pelo seu potencial anacronismo face à complexidade tecnológica da medicina moderna e às formas hegemônicas da prática médica, seja no setor público, seja no privado. De outro lado, a possibilidade de que tal programa, enquanto continuação do

PACS expressasse políticas de focalização propostas pelo Banco Mundial e outros organismos internacionais, caracterizando “pacotes básicos” de atenção médica para pobres, contraditórios aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, ampliava a suspeição contra o PSF. Do mesmo modo, o fato de autoridades de saúde declararem que o PSF representaria o novo modelo assistencial do SUS, indicava uma compreensão equivocada posto que uma situação de saúde tão heterogênea e complexa como a da população brasileira não se enquadraria em um único modelo por mais “novo” que fosse (Paim, 2001).

Para Sisson (2007), a ESF se enquadra num grupo de propostas semelhantes ao redor do mundo em relação aos cuidados primários e humanistas voltados para o bem-estar físico, mental e social das pessoas. Contudo, a autora alerta que várias polêmicas em torno da implantação do novo modelo se deram em relação ao seguimento do foco nas populações mais pobres e vulneráveis, reduzindo as ações e a responsabilidade estatal para este grupo e deixando a assistência para os demais grupos mais suscetíveis às políticas neoliberais. Aponta ainda outras questões, como as dificuldades de mudança no modelo de atenção nos grandes centros, o corporativismo em relação à força de trabalho e a grande demanda para uma única estratégia. Em contrapartida, assinala que em relação à equidade o princípio focalizador da ESF pode ser inclusivo para parcelas da população que não tem ou tiveram acesso a um mínimo de garantias sociais (Sisson, 2007).

Em relação à gestão e a organização, alguns autores apontam diversos entraves. Santos et al (2009) frisam que, apesar do direcionamento das práticas e ações para a equipe multiprofissional, nada garante que o atendimento a população (ou parte dele) ainda esteja pautado nos modelos hegemônicos tradicionais, centrado no médico. Além disso, as autoras criticam o alto grau de normatividade da gestão, muito verticalizada pelo ministério da saúde e que não permite a formação de equipes alternativas para atender de forma mais efetiva outros contextos e realidades. Outras questões apontadas se relacionam ao financiamento federal totalmente dependente do cumprimento das normas estabelecidas e o foco no modelo de família tradicional, que não corresponde à boa parte dos lares país, apresentando-se em distintas formações e que exigem outras abordagens para uma percepção mais efetiva dos indivíduos e suas relações (Santos et al, 2009).

Outras críticas são apontadas ao modelo em relação às visitas domiciliares, um dos grandes diferenciais da estratégia. As visitas domiciliares compulsórias podem gerar um grau de intromissão excessivo à privacidade das pessoas, dando margem a especulações sobre controle de estado e autoritarismo. Ainda em relação a esta atividade, Santos et al (2009) acreditam que elas se tornam prejudiciais à otimização dos serviços da equipe quando são realizadas sem uma indicação específica, uma vez que, muitas vezes, os profissionais costumam visitar famílias sem saber ao certo o que farão no domicílio.

Resguardam-se de forma mais consensual as visitas dos agentes comunitários de saúde, que são fundamentais para o trabalho das eSF's. Todo o cadastramento e informações sobre a situação de saúde da população adstrita no território da equipe estão entre suas principais atividades. O papel do ACS acaba se tornando muito maior do que apenas um componente administrativo do sistema, mas um elo entre usuário/família x serviço, estabelecendo vínculos e construindo saberes sobre a área em que atua como ressalta Bornstein (2007):

Na equipe de saúde o agente comunitário é o trabalhador que se caracteriza por ter o maior conhecimento empírico da área onde atua: a dinâmica social, os valores, as formas de organização e o conhecimento que circula entre os moradores. Esse conhecimento pode facilitar o trânsito da equipe, as parcerias e articulações locais. O reconhecimento destas características quer pelos profissionais, quer pelos moradores, traduz-se em diferentes expectativas. De um lado, pela inserção nos serviços de saúde, espera-se dele o exercício de um papel de controle da situação de saúde da população; de outro, os moradores esperam que o agente facilite seu acesso ao serviço de saúde (Bornstein, 2007).

A autora destaca que é consenso o papel do ACS como mediador de saberes entre comunidade e o serviço. Este papel os tornam peças fundamentais para estudar os processos de comunicação e informação que são estabelecidos entre a população e o serviço, uma vez que boa parte deste fluxo estabelece no ACS seu principal canal de emissão e/ou interlocução. Contudo, o potencial expressivo desse profissional para a manutenção da ESF pode ser descaracterizado pela falta de investimentos em capacitação, valorização, além do perfil pessoal e compromisso com o trabalho entre unidade e as famílias.

De acordo com a PNAB, a equipe multiprofissional mínima das Equipes de Saúde da Família deve se compor de: profissional médico generalista ou

especialista em Saúde da Família ou ainda o chamado médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família e Comunidade; técnico de enfermagem (ou auxiliar de enfermagem) e os Agentes Comunitários de Saúde – ACS (Brasil, 2011).

Cada eSF deve ficar responsável por um determinado território com uma população adstrita de no máximo quatro mil pessoas, sendo a recomendável o número médio de três mil pessoas. Cada equipe deverá ter número de ACS suficientes para cobrir todo território respeitando o limite de até 750 pessoas por agente e de no máximo 12 profissionais por eSF. A divisão dos territórios, número de ACS e cobertura populacional deve levar em conta o princípio da equidade. Em áreas mais vulneráveis e com maiores demandas sociais a recomendação do Ministério da Saúde é um atendimento de até duas mil pessoas por equipe (Brasil, 2011) (Brasil, 2013).

Além da equipe multiprofissional que compõe a eSF, a Estratégia Saúde da Família pode ser integrada por uma Equipe de Saúde Bucal – ESB. Seguindo os princípios básicos da eSF, as ESBs tem por objetivo reorganizar a atenção à saúde bucal no loco nos serviços de saúde. As principais estratégias seguem os padrões da atenção básica, privilegiando os cuidados primários, a promoção, a prevenção e a recuperação saúde bucal através da proximidade e o estabelecimento de vínculos com os usuários, fomentado ações de caráter coletivo e abrangente no contexto do território atendido. Os profissionais que compõe as ESB's na modalidade 1: Cirurgião Dentista e Auxiliar em Saúde Bucal – ASB ou Técnico em Saúde Bucal – TSB; e na modalidade 2: Cirurgião Dentista e 2 TSBs ou 1 TSB e um ASB. As ESBs seguem as diretrizes da PNAB e da Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB e do programa Brasil Sorridente (Brasil, 2004; Brasil, 2011).

No intuito de ampliar a abrangência da ESF, o Ministério da Saúde cria a partir da portaria 154 de janeiro de 2008 o NASF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Estes núcleos surgiram como uma estratégia para aumento da resolutividade da Atenção Básica através da inclusão de novos profissionais de nível superior nas eSF's. Criados inicialmente para municípios com maior número de eSF's, nas modalidades 1 e 2, em 2012, através da portaria 3.124, estabelece o NASF tipo 3 para municípios com 1 ou 2 equipes. Baseados principalmente no princípio da integralidade, os NASF's ampliam a oferta de ações e procedimentos para prevenção, promoção e o cuidado em saúde.

Os NASFs podem ser compostos pelos seguintes profissionais: Médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista, médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva, ou graduado diretamente em uma dessas áreas. A carga horária dos profissionais varia de acordo com a organização local e respeitando os limites estabelecidos em cada modalidade, 1, 2 ou 3 (Brasil, 2012).

A implantação das equipes e o custeio das ações são financiados de forma tripartite, pela união, estados e municípios e em determinadas regiões, principalmente nas mais vulneráveis, estes últimos arcam com a maior parcela do custeio, uma vez que manutenção dos profissionais é mais cara. A portaria MS 204 de 2007 regulamenta as transferências financeiras da união pelo Bloco da Atenção Básica com os Pisos da Atenção da Básica – PAB, valor fixo per capita, e pelos pisos variáveis de acordo com o número de equipes (ESF, ESB e NASF) e agentes comunitários de Saúde. Em Minas Gerais existe o Saúde em Casa, uma forma de financiamento estadual que repassa recursos aos municípios por equipe de Saúde da Família em atividade.

Seguindo o princípio da equidade, a população adstrita atendida pelas eSF's deve variar conforme seu grau de demandas sociais. Quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco social de um território, menor deve ser a população por equipe. Este arranjo permite atendimento mais adequado e equitativo para as diferentes pluralidades encontradas pelas regiões do Brasil. Com a implementação das eSB's e NASF's nas eSF's é possível perceber o aumento da integralidade das ações de promoção e prevenção na atenção básica envolvendo múltiplos profissionais e procedimentos.

Passados mais de 20 anos desde sua implantação, o então Programa e hoje Estratégia Saúde da Família ainda encontra diversos entraves para consolidar a Atenção Básica como organizadora e principal porta de entrada do SUS, com todas as diretrizes preconizadas pela PNAB. O grande fluxo de encaminhamentos, as grandes filas de espera e o volume de gastos na atenção secundária demonstram que a resolutividade na ATB tem sido insatisfatória em boa parte do território

nacional mediante a expectativa e ao potencial que a estratégia tem de atuar na promoção à saúde, determinantes e condicionantes da saúde, prevenção e tratamento de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, grupos de compartilhamento de informações e outras atividades.

Franco e Magalhães JR (2003) em pesquisa realizada na ATB analisando, entre outras coisas, os encaminhamentos para a rede básica, afirmam que a maior parte destes é feita sem esgotar os recursos da rede básica, contribuindo para as grandes demandas da atenção especializada e diminuindo o potencial de resolução da ESF. Salientam que falta mais responsabilização no cuidado com o usuário e atribuem resolutividade não só aos conhecimentos técnicos dos profissionais e aos instrumentos disponíveis, mas também ao acolhimento, o estabelecimento de vínculos e significados entre profissionais e usuários que constituem um elo entre si em relação à percepção do campo da saúde.

Outro fator que contribui para a diminuição da resolutividade está ligado ainda às percepções do usuário ainda estarem condicionadas ao modelo hegemônico centrado no médico e no uso de máquinas e aparelhos, “*formou-se nos serviços de saúde, entre trabalhadores e usuários, um imaginário que faz uma ilusória associação entre qualidade na assistência e insumos exames, medicamentos e consultas especializadas*” (Franco, Magalhães JR, 2003).

Merhy (2006) demonstra que um dos fatores mais importantes para a melhoria da resolutividade da ATB está condicionado a inversão das tecnologias, baseando o sucesso e a promoção do cuidado em saúde às tecnologias leves, baseadas nas relações e nas leves duras, estabelecidas pelo saber técnico em detrimento as tecnologias duras, constituídas por instrumentos e máquinas. O atendimento pautado em sua maioria por tecnologias duras transfere para outros níveis de atenção a resolução dos problemas de saúde e desqualificam a ATB e a ESF como promotoras do cuidado, uma vez que é neste primeiro nível da atenção à saúde que se encontram o maior potencial de tecnologias leves. O estabelecimento de vínculo pelas eSF's com os usuários favorece o desenvolvimento das relações e a apropriação dos saberes técnicos para educação, promoção e o cuidado em saúde (Merhy et al, 2006).

2.2.1 Cenário atual da Estratégia Saúde da Família

Em consulta feita ao portal do Departamento de Atenção Básica foram encontrados os seguintes dados em relação aos números de ACS, eSF, ESB e NASF para a competência de março de 2016:

	Número de Municípios Atendidos:	Número de Profissionais/ equipes Credenciados:*	Número de Profissionais/ equipes Implantadas:*	População Atendida estimada:
ACS	5.501	332 mil acs	265 mil acs	129 milhões
eSF's	5.456	48 mil esf	41 mil esf	124 milhões
ESB's T 1	4.997	29.548 esb	23.590 esb	nd
ESB's T 2		3.860 esb	2.215 esb	nd
NASF 1	nd	2.962 nasf	2.450 nasf	nd
NASF 2	nd	976 nasf	856 nasf	nd
NASF 3	nd	1.129 nasf	1.011 nasf	nd

Quadro 1

Fonte: Dados do Ministério da Saúde, Secretária de Assistência à Saúde, Departamento de Atenção Básica e IBGE. Acesso em maio de 2016. Não estavam disponíveis dados referentes à cobertura populacional das ESB's e NASF's e o número de municípios com NASF's implantados.

* Número de equipes/profissionais em atividade e recebendo incentivos financeiros do Ministério da Saúde.

** Número de equipes credenciadas que já receberam aval do ministério da saúde para o cadastro, implantação e recebimento dos recursos. Estas equipes/profissionais podem estar em fase de contratação/estruturação ou podem já estar funcionando e aguardando a implantação/habilitação efetiva/legal junto ao ministério.

Apesar da expansão da ESF ao longo das últimas duas décadas, segundo dados do Ministério da Saúde (2016), pouco mais de 60% do país é coberto pela estratégia. Em Minas Gerais, o número chega a mais de 76%, de acordo com dados do Departamento de Atenção Básica de maio de 2016. Muitas unidades ainda são reconhecidas como o “postinho de saúde” do bairro/região e em sua maior parte está implantado em áreas de maiores vulnerabilidades e com estrutura e dinâmicas

muito diferentes entre si, apesar do engessamento de diversos processos de trabalho pelas diretrizes nacionais da ATB.

Segundo Mendes (2012) a proposta da ESF brasileira se difere um pouco das linhas de avanço em saúde primária de outros países, em que muitas unidades não possuem equipe multidisciplinar, ou sequer trabalho do médico em conjunto com o enfermeiro. Para ele, o modelo brasileiro é o ideal para a realidade do país, pois está atrelado aos princípios do SUS e tem uma visão mais ampliada sobre a medicina familiar, centrada no cidadão. Aponta ainda alguns dos principais entraves em relação a alguns objetivos não atingidos pela estratégia, como a questão ideológica em que a ESF é vista unicamente como porta de entrada do sistema fortemente ligada a demanda espontânea, baixo interesse de gestores e das indústrias da saúde, baixa procura de médicos pela residência em saúde da família e comunidade, visão pouco distanciada do antigo modelo de postinho de saúde, a atuação da mídia em consonância com estes fatores, dentre outros (Mendes, 2012).

Em sua concepção a ESF foi pensada como um modelo de saúde para trabalhar a Atenção Básica de forma contra-hegemônica às usuais na saúde, centradas basicamente na doença. A adoção da equipe multiprofissional, o foco na família e o trabalho do ACS são os principais diferenciais do modelo, mas não há um direcionamento educativo para trabalhar com as famílias e até mesmo com as várias constituições de família do Brasil atual. A base na família não garante que o atendimento as demandas não recairá somente a um dos membros deste núcleo de forma individual, somente no momento em que este tiver uma enfermidade, baseado ainda, no modelo biomédico da saúde. Perdendo-se neste processo a interação familiar do grupo entre si e com o meio social, o acompanhamento permanente, o vínculo e outros. Fatores que comprometem a integralidade das ações e desarticulam as potencialidades almejadas neste modelo de atenção (Silva, et al, 2011).

É possível concordar com estudos que afirmam que, em razão da indefinição sobre o conceito e a abordagem da família nos documentos norteadores da ESF desde sua implantação (16-17), a estratégia tem reiterado o modelo de atenção individualizado e centrado na demanda espontânea, sem considerar o contexto social e familiar da pessoa no cuidado à saúde (18). Embora os documentos do Ministério da Saúde afirmem que a ESF surge embasada, sobretudo, na temática da família como foco de sua ação, em busca da reorientação de um modelo de saúde pautado na construção coletiva, ainda existem fragilidades na implementação desse novo modelo (19) (Silva, et al, 2011).

O trabalho multiprofissional, com a presença do ACS é uma das potencialidades da ESF para intervir na saúde dos cidadãos e cumprir com os objetivos da estratégia. Os diferentes olhares da equipe possibilitam desenvolver ações múltiplas e não somente centradas nos modelos curativos da doença em situações pontuais e individuais. Claramente, este último modelo de atendimento mais comum e demandado nas equipes hoje é importante e não pode ser deixado de lado, contudo, um programa com todo este arcabouço de recursos não deve se limitar a ele, principalmente porque já ficou evidente que atender somente a demandas espontâneas não impacta nas necessidades de mudança no perfil de saúde da população, tampouco fortalecem as eSF's e a Atenção Básica como um todo (Pereira, 2013).

Não obstante a questões que pautam os ideais das políticas do cuidado primário desde o início do SUS, as questões práticas que emergem na ATB são muitas, principalmente no contexto da ESF, como a falta de uma política de valorização profissional, que muitas vezes têm vínculos precários com o sistema. O baixo financiamento se comparado aos níveis ascendentes de complexidade e atenção, que torna o poder simbólico e político desta estrutura ainda menor perante os profissionais, a população e o próprio sistema. Há também as dificuldades de resolutividade das equipes, somada ao grande número de encaminhamentos para serviços especializados quem denotam a fragilidade da manutenção do cuidado interdisciplinar e multiprofissional no que tange aos conceitos ampliados de saúde, ao vínculo e aos processos de trabalho.

Mendes (2012) defende que a ESF deve ser o pilar da Atenção Básica, denominada por ele Atenção Primária, e esta o centro de comunicação das redes de atenção no SUS, organizando e orientando, de fato, todo o sistema a partir de evidências produzidas e novas agendas em prol da melhoria das limitações percebidas na estratégia, enquanto política, ao longo do tempo.

Uma ESF forte significa a ruptura com os modelos de atenção à saúde fragmentados, fortemente centrados nos procedimentos de maior densidade tecnológica que são sobreofertados em função da ausência de uma APS de qualidade que coordene toda a RAS. Portanto, há que se ter claro que o fortalecimento da ESF pode conflitar com os interesses dos atores sociais mais bem posicionados na arena sanitária e que detêm a maior fatia de poder na arena política da saúde. Nesse sentido, a

institucionalização da ESF, como forma mais adequada de fortalecimento da APS no SUS, deve ser vista como um movimento que tem uma nítida conotação de luta política (Mendes, 2012).

Outra questão importante do ponto de vista da estrutura da ESF são seus fluxos comunicacionais e informacionais. Um programa baseado numa equipe multiprofissional tem na comunicação e informação boa parte do suporte para realização do trabalho, seja pelas dezenas de fichas preenchidas todos os dias ou pelas interações institucionais entre equipe e com os usuários/população.

Contextualizaremos mais no próximo capítulo.

3. CONCEITOS E NOÇÕES QUE PERMEIAM A COMUNICAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

3.1 Comunicação e Informação em Saúde: Campo, Mercado Simbólico e Interacionismo.

A comunicação é um dos processos mais importantes da existência humana e surge imanente a vida animal e humana através dos olhares e gestos, passando pelos símbolos, desenhos, fala, escrita até chegar aos tempos modernos, meios de comunicação de massa e comunicação digital. A evolução do homem e da comunicação precisou de milhões de anos, processos físicos, biológicos e culturais para chegar aos tempos atuais, um não teria se desenvolvido sem o outro. Ao buscar o significado de comunicação no sentido literal encontramos: ato de comunicar, informar, avisar, caminho ou passagem. Significados simplistas para este processo de vital importância para a vida e cultura, que expande seus conceitos pela etimologia, história, biologia, pedagogia, sociologia e antropologia (Perles, 2007).

No conceito etimológico podemos definir comunicação a partir de duas definições, como pontua Oliveira (2000): a primeira contida na origem da palavra em latim, *comunicare*, que significa comunhão, ou seja, sentido de compartilhar; a segunda remete ao sentido da informação, dar algum conhecimento sobre algo. Ao trazer o conceito de comunhão para comunicação resgata-se a ideia de partilha, em que o diálogo é o principal componente, estabelecendo um processo mais horizontal em que há mais interlocutores, ou seja, emissores e receptores se alternam, tem poder de fala no processo da construção e interpretação dos sentidos e informações (Oliveira, 2000).

Em contrapartida, quando trazemos a segunda perspectiva, a comunicação no sentido de dar informação, a relação entre emissores e receptores se torna mais dura e vertical. Nesta situação, emissores podem se empoderar e selecionar as mensagens, definindo, no geral, aquilo que chegará ao receptor. Cabe a este último interpretar e construir as informações e conhecimento a partir daquilo que é direcionado pelo polo emissor (Oliveira, 2000). Este modelo tem sido hegemônico em relação aos processos de comunicação e informação, atendendo diversos interesses, como o capital econômico, a mídia e aos governos, inclusive nas

políticas públicas e sociais, a serviço da saúde e suas ações, a ESF, por exemplo, como forma de manutenção do poder através do doutrinamento e controle do que é emitido, limitando a interpretação e o envolvimento de maior parte da população em relação às principais questões que pautam a vida em sociedade.

Para conceituar hegemonia e como processos descritos acima se tornam hegemônicos, recorreremos a Gramsci e seus estudos sobre o tema. Para o filósofo e intelectual italiano, de bases marxistas, a hegemonia é a capacidade que os polos dominantes têm de conquistar e manter o poder por meio do consenso, mas com alcance tal qual a força bruta. Manter o consenso é de responsabilidade da religião, educação e principalmente da comunicação social na qual os meios de comunicação tornam visíveis as ideias, as interpretações da realidade e as ações dos grupos dominantes, possibilitando a manutenção do poder. Ou seja, o consenso é atingido através da aprovação das ideias, políticas e ideais destes grupos, disseminado através da comunicação. Os meios de comunicação de massa são um exemplo disso (Gramsci, 1991).

Apesar de estar centrado das questões da comunicação, o conceito de informação é fundamental para o estudo. No âmbito da comunicação, a informação se estabelece como mensagem que se estabelece entre emissão e recepção, elemento que circula nas interações. Para Le Coadic (2004), toda informação carrega um elemento de sentido, é uma mensagem inscrita em um suporte, podendo ser impressa, digital, por ondas e sinais elétricos. No dicionário Houaiss em relação à etimologia, informação tem origem no latim, significa ação de formar, desenho, concepção, ideia, formação e etc.

Partindo para um conceito baseado na teoria crítica, temos o significado de informação mais próximo do campo da comunicação e saúde e do objeto de estudo deste trabalho. Araújo (2009), por exemplo, condiciona a informação como essencial a condição humana e de grande influência em relação à inclusão social:

A informação é entendida, pela teoria crítica, como recurso fundamental para a condição humana no mundo e, como tal, a primeira percepção que se tem é de sua desigual distribuição entre os atores sociais. Como recurso, a informação é apropriada por alguns, que garantem para si o acesso. Aos demais, sobra a realidade da exclusão (Araújo, 2009).

A relação que envolve a comunicação entre as pessoas, muitas vezes é determinada pela posição que elas ocupam na hierarquia social, ou seja, a partir do grau de poder que exercem. Numa ESF, por exemplo, pode ocorrer da fala do médico ser considerada pelo usuário como muito mais importante do que a dos demais profissionais. Vários fatores devem ser considerados no processo comunicacional como pontua Oliveira (2000):

Além disso, a comunicação e informação evoluem o significado ou a interpretação das mensagens, mas estas só adquirem sentido ao público ou receptor se estiverem relacionadas às questões práticas e cotidianas das pessoas. Por exemplo, todos os dias somos obrigados a tomar centenas de decisões: que roupa vestir, para onde viajar, com quem devo conversar ou ignorar, participar ou não de uma reunião, estudar ou ir ao campo de futebol, comprar ou não um aparelho de som, votar neste ou naquele candidato, e assim por diante. Sem informação, nem sempre podemos tomar uma decisão mais consciente e, por esta razão, ela torna-se parte indispensável à formação do cidadão e possibilita a ele ter maior acesso a determinados bens culturais, políticos ou serviços disponibilizados pela sociedade (Oliveira, 2000).

A produção de sentidos e significados através da comunicação e informação está ligada diretamente com as relações que indivíduo faz com o mundo e como ele se percebe neste processo. O significado das mensagens, oriundas do polo emissor também pode ser limitado no sentido de diminuir ruídos que podem surgir até o processo de apropriação/interpretação.

Sob outro aspecto, a comunicação pode ser entendida como um processo de produção, circulação e apropriação de bens simbólicos e são, assim como os contextos, essenciais para a produção dos sentidos sociais. A informação, para ser apropriada faz produzir sentidos no indivíduo, estes, por sua vez estão relacionados com a coerção que os contextos exercem na produção dos significados. Araújo (2009) aponta os contextos textual, intertextual, existencial e situacional, eles consideram os discursos apresentados, a forma como eles estão dispostos num mesmo espaço, as memórias e histórias que o indivíduo nutre ao longo da vida, seu lugar no mundo, gênero, idade, etnia, as experiências que traz em relação à vida em sociedade, inclusive em relação às políticas públicas, e ao lugar ou posição social que ocupa no momento da fala. Contextualização é fundamental no processo de comunicação (Araújo, 2009).

A Comunicação e Saúde – C&S é um campo que engloba em sua articulação vários outros campos, dentre eles a informação, políticas públicas e educação popular. Campo é definido como um espaço de relações estruturado, em que forças desiguais lutam para transformar ou manter suas posições. Campo não é disciplinar ou institucional, mas formado historicamente em meio a políticas, metodologias, teorias, conflitos de interesses, práticas, sujeitos, discursos negociações e etc (BOURDIEU, 1989).

Araújo e Cardoso (2007) remetem os primeiros registros da Comunicação nas políticas públicas de saúde à década de 1920, destacando as primeiras campanhas de educação sanitária para combate das endemias que assolavam a população. Nas décadas seguintes, a comunicação esteve presente na evolução das políticas, sobretudo disseminando materiais educativos e informativos impressos no intuito de intervir nas práticas e costumes da população. Nos tempos mais recentes a comunicação perpassa pela introdução de mediadores nas ações de saúde, como o agente comunitário de saúde na atenção básica/ESF e pelas novas discussões do direito a comunicação e a informação (ARAÚJO, CARDOSO, 2007).

Na dimensão teórica da C&S podemos destacar a comunicação e as relações de poder. O poder simbólico, teorizado por Bourdieu (1989) é o poder de ver e crer, objeto de disputa na construção das políticas públicas de saúde e determinante para manutenção dos modelos hegemônicos da comunicação. Poder que pode influenciar a visão de mundo das pessoas por uma determinada ótica, atendendo a interesses de quem, nesta disputa adquiriu mais capital material ou simbólico, fator que legitima o discurso perante a sociedade.

Tomando a Atenção Básica como um Campo da Saúde é possível verificar as disputas de poder com os demais níveis de atenção e como isto afeta a ESF. Por exemplo, o gasto/investimento em Atenção Básica no Brasil é quase três vezes menor do que na média e alta complexidade - MAC, dando a esta mais visibilidade, poder político nas tomadas de decisão e movimentando os interesses de quem detém capital financeiro, como as grandes indústrias. Com menos capital simbólico e financeiro a ESF tem menos poder de trabalhar seus objetivos, dentre outros fatores, pensando numa perspectiva macro. Na perspectiva micro, analisando exclusivamente as equipes multiprofissionais da ESF e as relacionando com a teoria do poder simbólico é possível dizer que os profissionais ali inseridos têm cotas de

capital simbólico diferentes, o que pode influenciar nas relações, internas e externas, de interações no trabalho (Bourdieu, 1989).

As teorias comunicacionais explicam e questionam os modelos de comunicação hegemônicos nas relações sociais e na construção e condução das políticas públicas. No Brasil, ao analisarmos a condução deste processo na saúde é possível perceber que o modelo basilar está pautado na perspectiva desenvolvimentista, que tem como principal alicerce o modelo informacional baseado na emissão e recepção com o mínimo de interferências possíveis, os chamados ruídos. Este modelo foi desenvolvido por Shannon e Weaver como proposta para transmissão de mensagens mais fiéis possíveis aos receptores, principalmente após a identificação de lacunas comunicacionais na segunda guerra mundial (Araújo, Cardoso, 2007).

O modelo logo se espalhou pela América Latina, África e outros países, favorecendo os interesses capitalistas em relação à guerra fria, travada com o comunismo, que era considerado atrasado, retrógrado. Para que as pessoas fossem educadas através da comunicação progressista, este modelo estabelece que emissores (polo dominante) têm conhecimento, valores sociais corretos, são progressistas, conhecem a verdade, são superiores e tem condutas desejáveis, por outro lado os receptores são seres sem conhecimento, avessos ao progresso, não possuem condutas e valores desejáveis, são inferiores e não conhecem a verdade (Araújo, Cardoso, 2007).

Neste processo de “dominação” a comunicação é responsável por transmitir as mensagens, informações, por educar e por tornar os cidadãos indivíduos “corretos”, com valores e conhecimentos desejáveis, prover o conhecimento dando superioridade aos emissores e garantindo seus interesses. Na construção das políticas públicas, incluindo as de saúde, este modelo se tornou hegemônico, marcado por falas legitimadas, promotoras de educação e conhecimento a partir de um processo comunicacional totalmente vertical concebido nos polos dominantes.

Por outro lado, das correntes contra hegemônicas há os modelos de comunicação humanistas dialógicos, que no Brasil partem, principalmente, dos estudos de Paulo Freire. Pelos princípios da educação popular, Freire destaca que o conhecimento do outro deve ser levado em consideração nos processos de comunicação/educação. Para tanto, os processos comunicacionais deve ser mais horizontais, em que emissores e receptores dialoguem, possam trocar conhecimento

e experiências, um aprendendo a realidade do outro e neste caso, o receptor sendo sujeito de si e incorporando subsídios que o permitam interpretar a mensagem de acordo com a sua realidade através dos mais diversos contextos (Freire, 2006).

Apesar das heranças fortemente hegemônicas da comunicação no campo da saúde, a ESF (Atenção Básica) é justamente um modelo proposto para quebrar padrões de hegemonia não somente comunicacionais, mas também em relação ao cuidado, no processo de trabalho e no trato da saúde para além das doenças. Para isso, propõe privilegiar relações mais horizontais, como a proposta de Freire, tornando o sujeito mais autônomo em relação a sua saúde e um interlocutor participante da construção e manutenção da estratégia.

A teoria do Mercado Simbólico como modelo de comunicação para políticas públicas, proposta por Inesita Araújo (2004) se aplica como uma das principais no campo da C&S e na estrutura de comunicação da ESF. Neste conceito, emissores e receptores são considerados interlocutores e a comunicação opera como se fosse um mercado, pois está em constante negociação:

A comunicação opera ao modo de um mercado, onde os sentidos sociais – bens simbólicos – são produzidos, circulam e são consumidos. As pessoas e comunidades discursivas que participam desse mercado negociam sua mercadoria – seu próprio modo de perceber, classificar e intervir sobre o mundo e a sociedade – em busca de poder simbólico, o poder de constituir a realidade (Araújo, 2004).

Cada interlocutor ocupa uma posição neste mercado, nomeado lugar de interlocução, que diz sobre o poder que este tem de negociar, objetivando se aproximar do centro do mercado, onde o discurso é mais legitimado. O mercado pode ser operado por indivíduos ou por grupos, que podem ser institucionalizados, como é o caso da ESF, em que profissionais e população interagem entre si e com os outros. Estes são chamados de comunidades discursivas, que circulam discursos próprios facilmente reconhecidos e apropriados por seus membros (Araújo, 2004).

A comunicação no mercado simbólico pode ser definida como o ato de ativar a produção de sentidos sociais. Interlocutores produzem e consomem sentidos no mercado e a posição que ocupam no momento da fala determina o poder do seu discurso, as falas de quem ocupa o centro do mercado tem maior poder alcance e podem representar a manutenção da comunicação de polos

hegemônicos dominantes. A estratégia de comunicação é baseada na luta pelo poder de construir a realidade, poder simbólico, uma vez que este poder está distribuído de forma desigual entre os agentes/interlocutores. As vozes periféricas, por sua vez, lutam por espaços mais centrais de fala e diminuição das desigualdades de poder. Neste modelo as posições dos interlocutores não são permanentes, vozes periféricas podem ganhar força no espaço de luta e nos lugares centrais, promovendo transformações sociais nas políticas públicas (Araújo, 2004).

O nosso pressuposto é o de que a ESF tem em seus princípios a troca diária de informações entre equipe e comunidade e que as informações que ali circulam são “negociadas” de forma constante de um grupo para outro. A criação do vínculo necessita da comunicação entre os profissionais e a população para além da emissão e recepção, é preciso interlocução e nesse processo os contextos devem ser considerados para que o discurso faça sentido e a informação que circula seja apropriada. Afinal, sem a comunicação não há como conhecer as famílias a serem atendidas e suas reais demandas, além disso, acarreta na falta de participação na política e numa descaracterização do modelo proposto.

A saúde como direito é o principal marco do sistema universal e como política, inevitavelmente, se torna uma arena de disputas pelo poder. Destas lutas surgem diversas desigualdades nas prioridades da saúde e também na distribuição da comunicação e do poder de falar e ser ouvido. A falta de visibilidade torna comunidades, grupos, ações, programas e doenças invisíveis, interferindo diretamente no quadro de saúde população com reflexos em um modelo que foi criado para ser amplamente participativo. Estas perspectivas são mais evidentes na ATB e na ESF, pois é a política pública mais ampla e que atinge diretamente maior parte da população.

Como já foi dito, na saúde a comunicação ainda segue princípios hegemônicos. A população tem pouca participação e dificuldade de apropriação de bens simbólicos no processo. A perspectiva do emissor (de fala legitimada, autorizada, de conhecimento e valores) □ receptor (negligente, que tem poucos conhecimentos, não tem boa conduta de saúde) ainda pauta boa parte das campanhas e do cotidiano dos serviços públicos de saúde, seja na ATB ou nas outras políticas. Contudo, estas práticas desenvolvimentistas têm batido de frente com as novas possibilidades de comunicação, como a internet e as redes sociais. A crescente inclusão digital tem feito com que as pessoas procurem cada vez mais

informações sobre saúde e a tendência das novas possibilidades da comunicação popular é entrar em confronto com os modelos vigentes, principalmente em ambientes favoráveis, como é a ESF, em que os atores do processo comunicacional estão envolvidos de forma constante.

Araújo e Cardoso (2007) discutem outro problema que afeta as práticas comunicativas nos serviços de saúde: a falta de planejamento. Ações são definidas de forma circunstancial e baseadas nos princípios normativos:

Raramente comunicação é objeto de planejamento, suas ações são comumente decididas de modo circunstancial, entendidas e tratadas que são por uma perspectiva instrumental. É justamente nesses espaços feitos de ausências e omissões que as hegemonias se consolidam... O modelo informacional tem como maior preocupação, além da compatibilização de códigos, a eliminação das interferências nesse processo, os chamados ruídos. Como já vimos em outra perspectiva, ruídos são a algaravia social a expressão heterogeneidade e da multiplicidade de interesses. Assim, ao tentar garantir linearidade do processo comunicativo, o modelo promove dissolução tecnocrática do político: estamos utilizando uma expressão de Martín-Barbero (1997) para lembrarmos que a tendência, nesses casos, é não considerar as divergências, ignorando contradições (Araújo, Cardoso, 2007, p.124)

Além do planejamento e do uso instrumental da comunicação, outros fatores também contribuem para práticas comunicacionais excludentes nos serviços de saúde, incluindo aí a atenção básica e a ESF, a falta de capacitação é uma deles. Profissionais de comunicação ingressam no SUS, muitas vezes, desconhecendo o que é o sistema e qual sua lógica de funcionamento, mas isto não é privilégio somente dos profissionais de comunicação, muitos profissionais da saúde ou trabalhadores do SUS sequer reconhecem seus princípios e diretrizes, dificultando o relacionamento com a rede de serviços e com os usuários nas interações e relações interpessoais.

3.1.1 Interações na ESF

Outra teoria importante para alcançar os objetivos do estudo é o Interacionismo Simbólico, termo criado por Herbet Blumer em 1937 que estabelece relações entre os indivíduos e a sociedade e sua interligação para formação dos

processos sociais. Ao relacionarmos esta teoria com esta pesquisa, buscamos esclarecer de que maneira ocorrem as interações entre profissionais de saúde e a população, dentro e fora da equipe de saúde da família e na comunidade.

Assim sendo, aqui o nosso pressuposto é o fato de que as interações do homem entre si e destes com o mundo constrói a sociedade e influencia diretamente o comportamento e o agir dos homens, conforme acentua George Herbert Mead, um dos principais responsáveis pela conceituação da teoria interacionista, através da obra *Mind, Self and Society*.

Ao explicar a sociedade Mead diz que as atividades dos mais diversos grupos se baseiam no comportamento cooperativo. Um ser humano se associa aos demais a partir das respostas que emite ao perceber as intenções individuais do outro. O comportamento humano está ligado as repostas emitidas através da intenção do outro, responder aos gestos, muitas vezes de forma igual em um mesmo grupo permite compartilhar experiências e incorporação de comportamentos (Haguette, 2010).

O indivíduo tem “selves”, “selfs” e a “mente”. No selve faz indicações para si mesmo a partir das suas percepções. Pessoas em ação constituem a sociedade humana e a vida em sociedade é construída a partir destas ações. Todas as ações acontecem diante de uma situação e se tornam grupais à medida que vão se convergindo para o enfrentamento de situações em seu contexto (Blumer, 1969 apud Haguette; Haguette, 2009).

No conceito do *Self*, o ato humano resulta da interação entre o *eu* e o *mim*, ou seja, o agir resulta do processo que começa num impulso inicial individual e se projeta a partir das interpretações das definições e sentidos já existentes baseados nas percepções e expectativas que enxerga no outro. O terceiro conceito da obra de Mead é a “Mente”, vista como um processo que emerge a partir da interação do indivíduo consigo mesmo e com a sociedade. O cérebro não forma a mente sozinho, mas o faz a partir as interações sociais simbólicas do indivíduo (Haguette, 2010).

“Como um self pode surgir somente de uma sociedade onde haja comunicação, da mesma forma a mente só pode emergir em um self ou personalidade dentro da qual esta conversação de atitudes ou participação social toma lugar. É esta conversação, esta interação simbólica, interposta como uma parte integral do ato, que constitui a mente” (Mead, 1936:384-385, citado por Troyer, 1972:324 apud Haguette, 2010).

Na perspectiva interacionista o significado é fundamental para a interpretação do comportamento humano, o homem se relaciona com o mundo, os grupos sociais, objetos, instituições, atividades e valores a partir da interpretação destes, do sentido e significado que eles constroem. Mas este processo não é engessado, os sentidos podem ser alterados à medida que outras coisas vão surgindo e as interpretações vão se constituindo através de novas interações. A interpretação é vista como um processo formativo, não derivado de significados previamente estabelecidos ou regras fixas, estando subordinada, através das relações, ao reconhecimento contínuo do grupo a qual pertencem (Carvalho et al, 2010).

“A vida em de um grupo humano dentro da perspectiva interacionista representa um vasto processo de formação, sustentação e transformação de objetos, na medida em que seus sentidos se modificam, modificando o mundo das pessoas” (Haguette, 2010, p. 36).

A sociedade é formada por pessoas que interagem, agem de diferentes modos, desempenham atividades e vivem em ação, assim são constituídos os grupos humanos e sociais que estabelecem estruturas e organizações. As instituições, como o SUS, a ESF e outros programas também seguem a mesma lógica do indivíduo, são formadas a partir do agir, por meio de múltiplas linhas de ação, elas não funcionam porque simplesmente existem e estabelecem uma dinâmica, regras ou diretrizes, mas sim porque pessoas em seus contextos agem de alguma forma a partir de uma determinada situação (Haguette, 2010).

Profissionais e usuários da ESF no processo de comunicação e interação estabelecem seus atos e os projetam a partir das percepções do outro e do meio, dos significados de seus símbolos e objetos, numa dinâmica constante, sem regras estabelecidas, criando as relações, vínculos, grupos e a estrutura da vida e do trabalho a partir do agir em diferentes modos e contextos.

A equipe saúde da família se constitui um grupo, uma instituição, em que indivíduos interagem entre si (interno) e com a população adstrita no território da unidade (externo). Cada equipe está inserida em diversos contextos e relacionando com os estudos e conceitos trazidos por Blumer, à medida que o grupo começa a

interagir, compartilham experiências, percebem o outro, criam vínculos e adotam comportamentos. A população de uma eSF vai se adaptar a ela à medida que a conhece e interage com os profissionais. As interações vão permitir, através da comunicação e informação, saber dos horários de funcionamento, o que pode e deve ser atendido, como e quais serviços podem ser ofertados, o que é necessário para ter acesso e etc.

Da mesma forma a equipe ao interagir com a população pode se moldar a ela considerando o contexto, por exemplo: numa eSF em que a população adstrita tem um grande número de pessoas em idade avançada, podem ser criados meios específicos para compreender e atender melhor este grupo, da mesma forma com gestantes, grupos de risco, crianças e adolescentes.

Outros conceitos da linha interacionista advém de Evernig Goffman a partir de sua obra “A representação do eu na vida cotidiana”. Nesta obra Goffman utilizando dos conceitos já discutidos anteriormente (self, selve, etc.) propõe a dramaturgia social a partir do comportamento dos indivíduos e dos grupos. Segundo ele, nas interações, indivíduos e grupos agem para transmitir impressões aos outros, como se a vida fosse um palco, em que os comportamentos são baseados na reação dos demais, mesmo que, por vezes, isto seja diferente do que ele é realmente. Como uma peça, um teatro em que os indivíduos desempenham papéis para projetar uma imagem convincente e ideal.

Baseado em Goffman podemos dizer que numa estrutura como a ESF há diversos atores e cada um desempenha um papel em busca de seus interesses. As interações cotidianas vão desenvolver comportamentos, atitudes e relacionamentos de acordo com o contexto, como os indivíduos se veem no grupo e como este grupo se forma a partir destas relações, consensos e atuações (Goffman, 2002).

Dentro da perspectiva do estudo das relações interpessoais, que criam os relacionamentos e o vínculo nas eSF's, ou seja, a interação face a face, Goffman (2002) define:

“... a interação (isto é, a interação face a face) pode ser definida, em linhas gerais, como a influência recíproca dos indivíduos sobre as relações uns dos outros, quando em presença física imediata. Uma interação pode ser definida como toda interação que ocorre em qualquer ocasião, quando, num conjunto de indivíduos, uns se encontram na presença imediata de outros” (Goffman, 2002).

Para Goffman (2002) os relacionamentos sociais podem surgir quando um indivíduo realiza um mesmo tipo de movimento ou ações para um mesmo público, emergindo aí, também, o papel social destes. Neste caso, ao analisarmos a estrutura da ESF, que a partir de um leque de atividades e atendimentos estabelece relacionamento e vínculo com seu público preestabelecido, que será sempre o mesmo, exceto por uma ou outra mudança, percebemos a formação de uma estrutura de interação social com práticas e representações dos atores envolvidos.

Neste tipo de representar social explicitado por Goffman, o cotidiano social emerge a partir de uma estrutura estabelecida entre as ações dos indivíduos ou dos grupos para outros indivíduos e grupos sobre os quais exercem ou podem potencialmente exercer alguma influência. Estes papéis são representados nos cenários que compreendem todo pano de fundo que dá suporte a ação destes indivíduos e grupos sociais e que pode ser perfeitamente uma unidade de saúde que assim se torna à base para a interação social entre equipe multiprofissional e a população (Goffman, 2002).

3.2 A ESF como palco e estrutura de Comunicação.

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional, com diversas formações e saberes. Segundo Cardoso (2004), além dos saberes científicos, encontram-se no grupo as mais diversas subjetividades dos atores envolvidos, profissionais e usuários possibilitando o desenvolvimento do trabalho coletivo. A interseção das perspectivas profissionais e interpessoais produz a equipe e com ela as potencialidades, alianças, empatias, mas também os conflitos e dificuldades de comunicação. A ESF se torna inovadora à medida que agrega todos estes conhecimentos em prol do atendimento às demandas dos usuários, englobando o conhecimento de todo grupo e não centralizando o trabalho no modelo biomédico (Cardoso, 2004).

O trabalho na equipe compreende o enlace de competências pessoais e profissionais. Nas interações cotidianas é preciso lidar com as mais diversas situações e cada profissional equipe pode se mobilizar ou agir de uma maneira em relação ao contexto dos usuários e até mesmo dos demais profissionais. Ou seja, numa perspectiva interacional tensões podem ser geradas, principalmente nas relações hierarquizadas, uma vez que determinadas situações podem exigir uma postura pessoal diferente daquelas que o sujeito acredita em prol do trabalho em grupo (Cardoso, 2004). Neste ponto já estamos falando de comunicação:

(...) a comunicação ocupa um papel primordial em qualquer equipe interdisciplinar. É através dela que o grupo deixará de ser um pequeno aglomerado de profissionais trabalhando com pouco ou quase nenhum vínculo, numa postura fragmentária diante da pessoa do paciente, e se tornará um grupo de trabalho, integrado, formando um sistema de parceria e complementaridade, em que a troca de conhecimentos e experiências possibilitará uma atuação mais rica e pertinente com a complexidade característica do ser humano. É uma tarefa árdua, pois, mais uma vez, cada membro da equipe precisará estar disponível para se deparar com o novo, com o diferente, e, muitas vezes, com o oposto daquilo em que acredita (Cardoso, 2004).

Oliveira (2000) aponta outras questões em relação ao trabalho em equipe e as relações com a comunidade desde a sua implantação no território, uma vez que gera expectativa entre a população e permeia num espaço carregado de história,

cultura e construções simbólicas. A chegada da equipe desarticula padrões já estabelecidos e potencializa a entrada de novos conteúdos e ideologias oriundos da estrutura institucional do estado e porque não dizer também da equipe e seu universo de pessoas carregadas de subjetividades. A equipe inevitavelmente é um espaço de disputas, em que pesam interesses pessoais, políticos e até mesmo vaidades. As pessoas que fazem parte e/ou se relacionam com a equipe coexistem em diferentes contextos e possuem diferentes necessidades de informação, uma comunicação, portanto, só poderá ser eficaz, se considerar estas diferenças (Oliveira, 2000).

“Para cada um, a informação terá um sentido diferente, pois os membros da equipe são portadores de diferentes histórias de vida e perfis culturais, profissionais, ideológicos e políticos. Mas isto não significa dizer que as funções da comunicação e da informação deveriam eliminar estas diferenças, mas sim fazer com que elas se transformem em uma variável positiva para o trabalho da equipe, sem desconsiderar o perfil específico e a individualidade de seus membros.” (...) “É apenas quando entendemos a complexidade histórica e política que esta envolvida é que podemos estabelecer melhor uma comunicação menos Hierarquizada e menos artificial com a comunidade, evitando-se assim, torná-la um objeto passivo de nossas ações” (Oliveira, 2000).

Sobre as equipes, Goffman (2002) enfatiza que as relações com públicos internos e externos são diferentes. Portanto, quando os profissionais da eSF estão interagindo entre si existe uma relação mais íntima e de cooperação que diferirá daquela usada na frente da plateia, a população. Para esta, existe uma representação que mantenha a confiança nos profissionais e na instituição, do mesmo modo que a comunidade também pode adotar fachadas diferentes quando estão interagindo entre si e quando estão no cenário da eSF, na sala espera, ou ainda, na sala de casa ao receber um profissional e representar a estrutura familiar, por exemplo (Goffman, 2002).

A Estratégia Saúde da Família pode ser entendida como uma estrutura de comunicação em relação aos processos de trabalho e ligações com a comunidade. A comunicação começa ainda na casa do usuário, a partir da visita de cadastro pelo Agente Comunitário de Saúde, elo que se estende para a equipe com a criação de vínculo a partir das interações.

Nesta estrutura comunicacional o ACS pode ser considerado o principal mediador. Ele faz o elo entre usuários/comunidade e a equipe/unidade/SUS, cria vínculo e afetos. Em Araújo e Oliveira (2012) encontramos o conceito de mediação como uma articulação entre as práticas comunicacionais, contextos, sejam regionais, do local de interlocução ou sociais. A mediação ocorre nos espaços de interações sociais, na circulação de discursos e informações que façam sentido para o grupo ou comunidade. O ACS trabalha nesta perspectiva, valendo-se de estratégias para construir vínculos e ser sujeito mediador entre equipe e comunidade, sendo responsável por um leque enorme de informações oriundas do processo interativo. Em Sodré apud Araújo e Oliveira (2012) ampliamos a discussão sobre a comunicação, interação e vínculo:

(...) a comunicação, como processo de mediação, emerge, fundamentalmente, a partir de atos de compartilhamentos de vínculos e de um comum no qual a vida social se manifesta e se reproduz tanto pela via do pensamento racional quanto pela sua dimensão sensível (emoções, afeto, desejos e prazer) que contribuem para produzir a reciprocidade interlocutória e os sentidos das interações sociais. Mas ressalta que nem o vínculo e nem o comum devem ser entendidos como simples aproximação e junção de sujeitos com a finalidade de permitir a compreensão recíproca, mas sim como processo que instaura a relação entre subjetividades da qual emerge diferentes estratégias de aproximação e de diferenciação entre os atores sociais (SODRÉ, 2006, p.10-11 Apud Araújo e Oliveira, 2012).

No bojo da ESF há também uma grande estrutura informacional que se mostra fundamental para as práticas interacionais, já que faz circular não somente os dados, mas também os sentidos dos discursos da saúde e do trabalho, como cartazes de campanhas, informes, além do extensivo número de fichas e cadastros que os profissionais preenchem todos os meses para enviar ao Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. As informações que este sistema exige são as que norteiam os trabalhos das equipes, principalmente do ACS, que é responsável pela maioria das fichas de cadastramento e monitoramento dos usuários. Abrunhosa (2011) afirma em sua pesquisa que o SIAB é um sistema que contribui para a burocratização do trabalho na ESF, privilegiando muito mais a produção do que o grande potencial informativo dos dados, além disso, prejudicam

as relações de comunicação, com a diminuição do tempo de atendimento/visita em detrimento do preenchimento das fichas e relatórios.

Práticas comunicativas estão essencialmente presentes do cadastro até o encaminhamento para outros níveis de atenção, o que torna as interações face a face, que permitem todo esse processo, imprescindíveis na condução da eSF. Para Goffman (2002), uma equipe é constituída não pela sua função ou estrutura institucional, mas sim pela relação de interações que a mantém.

A comunicação e a informação presentes no campo da saúde na ESF somada aos saberes técnicos, institucionais e valores pessoais dos profissionais de encontro aos usuários/comunidade e toda amplitude de seus contextos produzem interações, diálogo e vínculo, que geram grandes potencialidades comunicativas para atendimento real das demandas, na busca de maior qualidade e resolutividade para a estratégia. Por outro lado, suscita tensões, diferenças e dificuldades relacionais que se traduzem em menor compreensão do diálogo e da comunicação.

Neste sentido a ausculta, a sensibilidade de perceber o outro, os contextos, ruídos, as representações e o compromisso profissional e interpessoal devem estar pautados na produção do diálogo e de relações mais participativas e horizontais, tal qual preconiza a essência da ESF (Oliveira, 2002).

4 METODOLOGIA

4.1 O Percurso Metodológico

Esta dissertação foi construída metodologicamente por meio de um estudo de caso qualitativo. Para o desenho do estudo foram escolhidas 04 equipes de Estratégia Saúde da Família do Município de Brumadinho em Minas Gerais, sendo uma rural e três urbanas.

A metodologia qualitativa pressupõe uma análise da realidade que, via de regra, não pode ser quantificada, baseando o trabalho no campo dos sentidos, significados, desejos, cultura, motivos e outros fenômenos humanos que constituem o meio social a ser estudado. Os pilares básicos do trabalho qualitativo estão pautados na vivência, experiência, senso comum e ação. E para tal é preciso interpretar, analisar, debater e problematizar o objeto de estudo (Minayo, 2014).

A pesquisa qualitativa se divide em três principais etapas de trabalho: a fase inicial exploratória, o trabalho de campo e por fim, a análise e manipulação dos dados empíricos. Para Minayo (2012) o principal verbo a ser utilizado na metodologia qualitativa é o compreender, que permite ao pesquisador colocar-se no lugar do outro, desde que, considere contextos e subjetividades para posterior interpretação do material pesquisado.

O percurso analítico e sistemático, portanto, tem o sentido de tornar possível a objetivação de um tipo de conhecimento que tem como matéria prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade. Desta forma, a análise qualitativa de um objeto de investigação concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um construto científico (Minayo, 2012).

O estudo de caso, é frequentemente utilizado para coleta de dados por meio de relatos, documentos e observações, para descrever uma determinada realidade, muitas vezes, mais para compreender um fenômeno do que para determiná-lo. O estudo de caso também é utilizado para testar hipóteses, como a deste trabalho que atribui à maneira como se efetiva a comunicação na ESF determinante para o

sucesso da estratégia. Permite uma grande aproximação com a natureza do objeto, o que pode ser grande vantagem do ponto de vista da pesquisa, mas também exige cautela e cuidado para evitar, por exemplo, a generalização do que é coletado/observado (YIN, 2001).

No estudo de caso, corroborando com as etapas da pesquisa qualitativa, a fase inicial exploratória se efetiva com o levantamento bibliográfico, a seleção do caso e o método para coleta de dados. A segunda fase, o trabalho de campo, é a condução do estudo e do processo de coleta que culminará nos resultados. A fase três é a análise dos dados à luz da teoria utilizada e interpretação dos resultados (Yin, 2001).

As etapas para a construção desta pesquisa começam pela fase exploratória, com um extenso levantamento bibliográfico para contextualizar a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família, em nível nacional e, nos resultados no nível local (Brumadinho) através de uma narrativa que começa na história e chega aos dias atuais. No segundo momento da revisão bibliográfica buscou-se nas bases teóricas da comunicação e informação, no campo da comunicação e saúde, mercado simbólico e interacionismo, discutir a Estratégia Saúde da Família como estrutura de comunicação.

A ESF enquanto lugar de fala, interlocução, interações e produção de informações é o cerne para as demais etapas da pesquisa: trabalho de campo, com coleta de dados empíricos através da observação participante e de entrevistas; tratamento e análise das informações; e, por fim, discussão dos resultados.

Esta pesquisa se baseia na utilização de múltiplas fontes de informações: referencial teórico; captação de dados primários, através de entrevistas e observação nas unidades; e coleta de dados secundários por meio do SIAB, dos arquivos e bancos de dados da Secretaria Municipal de Saúde no período de outubro de 2015 a maio de 2016.

4.2 Pesquisa de Campo

Minayo (2012, 2014) considera o trabalho de campo fundamental para a pesquisa qualitativa. No campo encontrar-se-ão as informações basilares aos

objetivos do estudo. E, pela importância que tem, deve estar relacionado a referenciais teóricos e às questões operacionais, como os roteiros estabelecidos. Ir a campo pressupõe uma imersão na realidade empírica, munido de teorias e hipóteses que devem ser confrontadas com o cenário observado e questionadas, se preciso.

É preciso ir a campo sem pretensões formais e ampliar o grau de segurança em relação à abordagem do objeto, inclusive, se possível, realizar algumas entrevistas abertas, promover o redesenho de hipóteses, pressupostos e instrumentos, buscando uma sintonia fina entre o quadro teórico e os primeiros influxos da realidade. O olhar analítico deve acompanhar todo o percurso de aproximação do campo (Minayo, 2012).

Como já fora dito, Brumadinho possui 14 equipes de ESF e para pesquisa de campo foram escolhidas quatro equipes para amostra, tomando como base a população adstrita, preferencialmente as de maior população; o acesso mais facilitado no caso da equipe rural; o histórico da unidade, optamos pelas mais antigas e pioneiras no processo de implantação; e estrutura, optando por diferentes tipos de prédios, com propriedades próprias e alugadas. A amostra ficou dividida entre três equipes urbanas e uma rural, sendo que, duas das equipes urbanas funcionam na mesma unidade predial. As eSF's para pesquisa ficaram assim definidas:

Unidade 1 – ESF Progresso: Urbana

Unidade 2 – ESF Jota: Urbana

Unidade 3 – ESF Planalto: Urbana

Unidade 4 – ESF Tejuco: Rural

Estas equipes contam características bem peculiares em relação às demais e formam uma amostra rica e diversificada para a pesquisa. Elas estão entre as que atendem maior número de famílias e as zonas mais críticas do município em relação à condição socioeconômica e a procura pelos serviços básicos de saúde. A Unidade Progresso é uma das mais antigas da Zona Urbana, tem um profissional médico que atua há quase 20 anos na equipe e atende uma das regiões mais vulneráveis da cidade, a COAB. As equipes Jota e Planalto dividem um prédio construído especificamente para abrigar a ESF, atendem população urbana e rural e estão bem

localizadas na cidade, tendo em sua área adscrita população bem diversificada, desde grandes casarões no centro até pequenos casebres na periferia e na “roça”. A ESF tejuco está localizada na zona Rural, é uma das mais próximas da cidade (entre as equipes rurais), contudo uma das mais antigas em funcionamento, remota da fase inicial da implantação, atende uma população diversificada, conta com 3 pontos de apoio e atende a um assentamento.

Por estas características, dentre outras, o pesquisador optou por estas equipes, foram escolhidas 04 por se tratar de um recorte qualitativo relevante, em que a qualidade da amostra é muito mais importante que a quantidade. Como este é um estudo de profundidade, uma amostra maior poderia prejudicar não só o tempo para finalização, mas também o aprofundamento da observação e convivência com as equipes.

O trabalho de campo teve início em outubro de 2015 com a fase exploratória observacional, que foi devidamente autorizada pela Secretaria de Saúde do município. Na verdade, as primeiras visitas para definição das equipes de estudo ocorreram em julho de 2015 com ajuda e contextualização do gestor e em outubro foram direcionadas para equipes escolhidas pelo pesquisador. A fase de campo seguiu até meados de maio de 2016 com a finalização das duas principais técnicas de coleta de dados primários utilizadas na pesquisa: a observação participante e a entrevista semiestruturada.

Minayo enfatiza:

“É bom lembrar mais uma vez que no campo, assim como durante todas as etapas da pesquisa, tudo merece ser entendido como fenômeno social e historicamente condicionado: o objeto investigado, as pessoas concretas implicadas na atividade, o pesquisador e seu sistema de representações teórico-ideológicas, as técnicas de pesquisa e todo conjunto de relações interpessoais e de comunicação simbólica” (Minayo, 2014, p. 297).

4.3 Observação Participante

A observação participante é um dos principais métodos para o trabalho de campo na pesquisa qualitativa, consiste na imersão do pesquisador no contexto dos

observados, de forma que possa ver, ouvir e examinar a realidade social a ser estudada. Para tanto é necessário estar aberto à cultura e aos costumes dos grupos ou comunidades, sendo sensível as mais diversas situações e questionamentos, tomando por base a interação social para construção da pesquisa (Minayo, 2014).

Uma das principais referências para a observação participante no trabalho de campo é a pesquisa do Antropólogo Inglês Bronislaw Malinowski, que descreve sua inserção na Ilha Trombiana, no Pacífico, em meio aos nativos. A partir desta técnica de campo é possível integrar-se ao grupo e sua realidade social, permitindo interações que modificam as ações do pesquisador e influenciam no comportamento dos pesquisados de forma não intencional. O trabalho consiste numa interação por longos períodos, permitindo ao investigador perceber como é ser parte do grupo e da sua realidade social, podendo captar conflitos, tensões, motivações e possibilidades de mudança (Queiroz, et al, 2007).

Como técnica de pesquisa a observação participante geralmente se complementa a outras, como as entrevistas semiestruturadas, e vão muito além da descrição de um objeto ou situação. Permite grandes interações entre os sujeitos e o investigador, tem início imediato já nas primeiras negociações para o estudo do campo e partir daí, com o acesso, reconhecimento e compreensão dos grupos ou espaços, os dados vão sendo coletados de forma sistematizada e registrados em relatórios ou diário de campo (Correia, 2009).

O investigador, no campo, é instrumento simultâneo de coleta e interpretação dos dados e isso permite que ele possa ir moldando a pesquisa de acordo com as observações. Minayo, considerando a importância da observação participante na pesquisa, principalmente comparadas aos *surveys*, afirma:

Na medida em que convive com o grupo, o observador pode tirar de seu roteiro questões que percebe serem irrelevantes do ponto de vista dos interlocutores; consegue também compreender aspectos que vão aflorando aos poucos, situação impossível para um pesquisador que trabalha com questionários fechados e antecipadamente padronizados. A observação participante ajuda, portanto, a vincular os fatos e suas representações e a desvendar as contradições entre normas e regras e as práticas vividas no cotidiano do grupo (Minayo, 2014 p. 286).

Em relação ao envolvimento no campo neste trabalho em relação à observação participante, pode-se dizer que este estudo se aproxima da categoria

que Minayo (2014) chama de “participante como observador” visto que neste tipo de abordagem o pesquisador deixa claro que a relação de campo se restringirá ao tempo da pesquisa. Contudo, pressupõe uma participação mais profunda, em que são feitas adoção de hábitos e o acompanhamento de questões e acontecimentos que o grupo define como importante (Minayo, 2014).

No processo de observação participante, algumas etapas são fundamentais para a realização do trabalho de campo, essencialmente nas eSFs. A primeira consiste na aproximação com a equipe, a inserção na sua realidade, lidando com expectativas e desconfianças, na busca de ser aceito como pesquisador, diminuindo distâncias e bloqueios. A partir daí é necessária a imersão nas unidades, entendendo o grupo e o objeto de estudo para a coleta de dados, valendo-se além da observação, de documentos, registros, interações, fotos e entrevistas que permitam a máxima aproximação da realidade cotidiana.

O trabalho de observação em Brumadinho aconteceu por de visitas às unidades pesquisadas no período de outubro de 2015 a maio de 2016. A pesquisa começava às sete da manhã, horário de início das atividades das unidades e, geralmente com maior circulação de usuários. Na maioria das vezes nós ficamos na sala de espera observando a rotina de profissionais e usuários ao longo do dia, nem sempre no mesmo local. Muitas vezes, acompanhamos situações/atividades coletivas, como grupos com gestantes, atividades com idosos, reuniões de ACS, discussão de casos de pacientes graves e sete visitas domiciliares famílias com os mais diferentes contextos, acompanhando o ACS.

Estar presente em tantos momentos tornou inevitável uma forte interação com os envolvidos, nas reuniões, grupos e nas visitas domiciliares, o que serviu também como critério para a escolha dos sujeitos para as entrevistas.

Nas visitas às unidades procuramos observar todo cenário de interação. Observamos os usuários na sala de espera nas interações entre si, com os recepcionistas e demais profissionais da equipe, observamos as interações entre profissionais, na discussão de casos, mediação de conflitos (quando algum usuário se alterava na recepção) e a delegação de funções. A circulação de informações ao longo do dia na unidade é grande, há focos de conversas por todos os cantos da unidade, o que permitiu ter uma dimensão da estrutura comunicacional da ESF, objeto do trabalho.

As visitas as unidades foram realizadas em dias e horários alternados para a observação da organização do trabalho e da realidade das equipes. Em alguns momentos a nossa presença era vista de maneira curiosa por parte de alguns membros das equipes, que não sabiam ou não estavam convencidos dos objetivos reais da pesquisa, embora tudo tenha ficado devidamente acertado com os coordenadores. Pareciam se perguntar: quem é ele? O que ele faz aqui? O que ele está anotando? Será que está vigiando o nosso trabalho?

O trabalho observacional levou em conta os aspectos mais relevantes para a pesquisa: a gestão, estrutura física e de pessoal, organização do trabalho, atividades, atendimento, interações entre os atores, diálogos e vínculo.

4.4 Entrevistas:

A entrevista configura-se como uma das técnicas mais utilizadas nas pesquisas qualitativas como fonte de coleta de informações no processo de trabalho de campo. As entrevistas, segundo Gil (2002) podem ser definidas como: a focalizadas, que é realizada de maneira mais livre, mas seguindo os temas específicos da pesquisa; a mais ou menos estruturada ou semiestruturada, que segue pontos de interesse do pesquisador já previamente estabelecidos, que podem ser organizados por perguntas ou roteiro, mas que vão se moldando durante o curso da entrevista; e a totalmente estruturada, feita através de perguntas fixas e que se assemelham ao preenchimento de um formulário.

Sobre a importância das entrevistas para o tipo de trabalho de campo em complemento a observação participante:

Entrevistas são fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados. Nesse caso, se forem bem realizadas, elas permitirão ao pesquisador fazer uma espécie de mergulho em profundidade, coletando indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade e levantando informações consistentes que lhe permitam descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem no interior daquele

grupo, o que, em geral, é mais difícil obter com outros instrumentos de coleta de dados (Duarte, 2004).

Para este estudo ficou definida a realização de entrevistas semiestruturadas. Esta modalidade de entrevista foi escolhida, por não ser totalmente fechada, como um questionário e nem muito aberta, o que dificultaria o alcance dos objetivos propostos. Segundo Minayo (2014), por haver um roteiro previamente estabelecido este tipo de entrevista facilita a abordagem e garante que os pressupostos da pesquisa serão abordados, há de se ter o cuidado de não limitar a entrevista somente ao roteiro, captando outras perspectivas que o entrevistado pode trazer durante a conversa. Exige cautela na condução, uma vez que envolve história de vida pessoal e profissional, inibições e as mais variadas reações em detrimento do contexto, exigindo a delimitação do discurso de forma mais ou menos livre, com pequenas intervenções durante a interação para atender aos interesses do trabalho.

As quinze entrevistas foram realizadas no período de abril a maio de 2016 nas unidades de saúde e nas residências dos entrevistados, com um roteiro de perguntas previamente estabelecido, mas que se moldava de acordo com as respostas dos entrevistados. As entrevistas tiveram duração média em torno de 30 minutos e os horários e locais foram definidos de acordo com a disponibilidade dos participantes, algumas agendadas previamente e outras solicitadas prontamente através de abordagem na unidade e residência.

Embora a maioria das entrevistas tenha sido realizada nas unidades de saúde pesquisadas, em todas nos foi disponibilizada uma sala mais reservada e fechada, o que garantiu a liberdade de fala pelos entrevistados, além disso, foram escolhidos horários de menor movimentação e atendimento. As entrevistas foram gravadas mediante autorização prévia, foi garantido o anonimato dos nomes e a liberdade de se expressarem da forma que os deixassem mais confortáveis. Não foi percebido pelo pesquisador diferenças sensíveis nas entrevistas nos domicílios e nas unidades, tendo os entrevistados, principalmente os profissionais sido sinceros em suas colocações, fosse para elogiar ou reclamar do serviço.

Optamos por entrevistar 15 pessoas que compõe o cenário da ESF em Brumadinho, entre profissionais atuais, usuários, coordenação do programa, usuários cadastrados e regulares e por fim, atores que participaram da implantação

do, ainda, PSF em Brumadinho. Os entrevistados ficaram divididos da seguinte forma:

- 03 Enfermeiras coordenadoras de equipe;
- 03 Agentes Comunitários de Saúde de equipes diferentes;
- 01 Profissional Médico atuante no município há 20 anos;
- 01 Profissional Assistente Administrativo/recepcionista da eSF e ex ACS;
- 04 Usuários, um de cada equipe pesquisada;
- 01 Coordenador da ESF em Brumadinho;
- 01 Ex Secretário de Saúde de Brumadinho do Período da Implantação;
- 01 Ex Conselheiro de Saúde do Período da Implantação.

A escolha dos sujeitos para as entrevistas levou em consideração as interações que ocorreram no período observação no campo. Além da disponibilidade e do desejo de participar foram escolhidos os profissionais que se destacam na condução das atividades, que possuem mais tempo de experiência no município e que atendem às áreas mais vulneráveis e dependentes do SUS. Em relação aos usuários, foram escolhidos de forma aleatória, um em cada unidade, exceto no caso da usuária da eSF Jota, que já tinha nos recebido para uma visita anterior com o ACS e foi convidada a participar da entrevista. Um membro da gestão foi escolhido pela sua importância em relação ao contexto atual da ESF em Brumadinho e o Ex Secretário e o Ex Conselheiro por serem fundamentais para a narrativa histórica do processo de implantação no município.

Importante salientar que as entrevistas foram utilizadas não somente como coleta de dados para a análise e discussão das interações a partir de categorias e variáveis, mas também para contextualização histórica do SUS e da ESF em Brumadinho.

4.5 Análise e Tratamento dos dados:

Após extenso trabalho de campo e coleta de dados obtidos pela observação participante, interações e entrevistas, optou-se, para análise e interpretação dos dados, pela técnica da Análise de Conteúdo. Segundo Minayo (2014) a análise de conteúdo parte da leitura das falas, depoimentos, dados de observação e

documentos para atingirem um nível mais profundo, para além do que está expresso no material, considerando os dados empíricos e teóricos. O processo deve ultrapassar o nível do senso comum, desconsiderar a subjetividade nas interpretações e estar ancorado numa postura crítica em relação à comunicação dos documentos, referenciais, entrevistas e resultados da observação (Minayo, 2014).

Laurance Bardin (2009), autora referência na técnica, define a análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (Bardin, 2009).

A análise de conteúdo deve pautar-se na organização e em três etapas principais: a pré-análise a partir das hipóteses e objetivos iniciais; a exploração do material, classificando a análise em categorias; e por fim o tratamento dos resultados obtidos, através da interpretação e inferência, relacionando os dados empíricos com o levantamento e as dimensões teóricas propostos no desenho inicial da pesquisa (Minayo, 2014) (Bardin, 2009).

Considerando a técnica descrita e a Orientação de Minayo (2014) em relação à interpretação dos dados, definimos categorias para análise e discussão para o tratamento do material coletado em campo.

A Interpretação exige a elaboração de categorias Analíticas capazes de desvendar as relações mais abstratas e mediadoras para a parte contextual e de Categorias empíricas e operacionais, criadas a partir do material de campo, contendo e expressando relações e representações típicas e específicas do grupo em questão (Minayo, 2014).

Além do tratamento dos dados que contextualizam a história do município, elencamos 05 categorias, que também podemos chamar aqui de variáveis, para tratamento, análise e discussão dos dados primários e secundários: Estrutura e Gestão das equipes, Capacitação, Motivação e vínculo profissional, Organização das equipes e Informação. Estas categorias foram definidas por se constituírem

como variáveis de impacto direto nas interações nas equipes, na constituição ou não do sucesso do processo comunicacional e, conseqüentemente, da estratégia.

A categoria **Estrutura e Gestão das equipes** engloba como estão constituídas as equipes, a estrutura física, administrativa, recursos humanos e pessoal. A categoria **Capacitação** comporta reuniões, cursos, investimentos na formação profissional e educação permanente. Na categoria **Motivação e vínculo profissional** analisamos as dificuldades, pontos fortes e potencialidades do trabalho, o que vincula esses profissionais à ESF. A categoria **Organização das equipes** refere-se ao trabalho multiprofissional, atendimento e o resultado da atuação das equipes, na visão dos profissionais e usuários, em relação à saúde da população e relevância par ao município. A categoria **Informação** é composta por: coleta e tratamento de dados pelos membros das equipes, circulação e uso da informação, Sistema de Informação da Atenção Básica SIAB e instrumentos informativos.

Por fim, ainda como análise de dados, levando em consideração os resultados encontrados nas cinco variáveis, exploramos a questão da **comunicação**, como tópico de discussão final, em que englobamos os resultados relacionados a: interação, diálogo, vínculo, comunicação interna e externa e estratégias de comunicação das equipes e dos profissionais.

4.6 Questões Éticas:

Para a realização das entrevistas no trabalho de campo, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi lido aos participantes previamente às entrevistas (ver Anexo I), assinado e datado por investigador e investigado ficando cada um com uma cópia. O TCLE contém, de forma resumida, os objetivos básicos da pesquisa, justificativa, resultados esperados e direitos assegurados aos participantes. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, garantido o anonimato e confidencialidade a todos os sujeitos com o objetivo de preservá-los de possíveis desdobramentos de suas respostas.

Procuramos acolher os participantes de maneira confortável, esclarecendo dúvidas, explicando em detalhes a pesquisa e deixando claro, que poderiam se

abster de responder qualquer pergunta ou interromper a entrevista a qualquer momento. A pesquisa atende às normas para Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Resolução CNS 196/96 (BRASIL, 1996), foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisas René Rachou, Fiocruz Minas, CPQRR/Fiocruz/MG e obteve aprovação sob o parecer n° 1.474.157, em 01 de abril de 2016.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Neste capítulo apresentaremos os resultados obtidos por meio da pesquisa bibliográfica e trabalho de campo em Brumadinho, baseado nas observações, conversas, percepções e entrevistas semiestruturadas. Junto à apresentação dos resultados procuramos contar a história do município e também confirmar nossa hipótese em relação aos objetivos e a teoria apresentada. Mas também apontar comparações com outros trabalhos e pesquisas de campo que se aproximaram das análises deste estudo, principalmente em relação às variáveis, uma vez que não encontramos estudos centrados na questão da ESF enquanto estrutura comunicacional.

Por questões éticas, não serão identificadas de quais unidades são oriundos os profissionais que integram o estudo, pois seriam facilmente reconhecidos levando em consideração que algumas categorias de trabalhadores só possuem um membro em cada equipe. Mesmo motivo pelo qual não expusemos as iniciais dos nomes, e, neste caso por ser um município onde todos se conhecem seria ainda mais fácil realizar a identificação dos entrevistados.

5.1 O SUS e o pioneirismo da ESF em Brumadinho – MG

5.1.1 O Município e a Secretaria Municipal de Saúde

O município de Brumadinho pertence à região metropolitana de Belo Horizonte e tem uma população de 37.857 mil habitantes pelas últimas estimativas do IBGE em 01/07/2015. Está disposto em uma área territorial de 642,03 quilômetros quadrados e a uma distância de aproximadamente 57 quilômetros da capital mineira. O município é dividido entre a sede e quatro distritos: Aranha, Conceição de Itaguá, Piedade do Paraopeba e São José do Paraopeba e inúmeros povoados.

De acordo com consulta à SMS em relação à capacidade instalada de saúde pública o município possui:

- 01 Hospital Municipal com maternidade;

- 01 Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA);
- 01 Policlínica Municipal que conta com diversos atendimentos multiprofissionais (Médicos generalistas e especialistas, odontólogos, práticas integrativas, fisioterapia, psicologia, serviço social, tratamento fora de domicílio, ouvidora e outros);
- 14 Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde de Família (Conta ainda com 04 postos de saúde de apoio às equipes na zona rural).

Das catorze eSF's 07 estão na zona urbana (sede do município) e 07 equipes na Zona Rural, nos distritos e povoados da cidade. De acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e DATASUS, o município conta com 100% de cobertura de ESF em seu território. Todas as equipes estão cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES e recebem recursos via Fundo Nacional de Saúde – FNS, através dos Pisos Fixos e Variáveis da Atenção Básica.

A maioria dos prédios para as equipes da zona urbana é alugada, apenas 02 eSF's na zona urbana são em imóveis próprios e há mais um em construção para abrigar 02 eSF's. Algumas unidades, na zona rural, contam com pontos de apoio para facilitar o atendimento em territórios grandes e com população descentralizada, parte da equipe é deslocada para esta unidade de apoio nos dias de atendimento.

Todas as eSF's contam com agentes comunitários de saúde, o número destes profissionais varia de acordo com a população adstrita cadastrada, 01 médico, 01 enfermeiro, 02 ou mais técnicos em enfermagem, 01 auxiliar de serviços gerais e 01 auxiliar administrativo. Os dois últimos não são obrigatórios na constituição mínima da equipe, mas tem papel importante no gerenciamento das atividades e rotina da equipe. O município participa do programa Mais Médicos do Governo Federal e possuía 02 médicos do programa no início da pesquisa e hoje conta com apenas 01.

Ainda na ATB e ligado diretamente à ESF, o município conta com uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF com equipe multiprofissional composta por 08 profissionais: nutricionista, assistente social, educador físico, terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta e fonoaudiólogo (02). De acordo com a coordenação da ATB, está em estudo a implantação de outra equipe do NASF e que a atual faz uma escala de profissionais para atender o número máximo de equipes possíveis em rodízio, de acordo com as necessidades. A equipe se constitui

de Nutricionista, Assistente Social, Educador Físico, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Psicólogo e Fisioterapeuta.

As equipes da Estratégia Saúde da Família estão assim distribuídas no município por nome, população adstrita e número de ACS:

Nome	Localização	População	N de ACS	OBS
Residencial Bela Vista	Urbano	2.456	5	
Tejuco	Rural	2.620	7	
Marinhos	Rural	1.266	5	
Palhano	Rural	2.916	9	
Grajaú	Urbano	2.554	6	
Planalto	Urbano	3.493	7	
Santa Efigênia	Urbano	2.338	6	
Piedade do Paraopeba	Rural	1.608	5	
Casa Branca	Rural	3.176	8	
Aranha	Rural	1.556	4	
Progresso	Urbano	2.784	5	
Jota	Urbano	3.340	8	
Centro	Urbano	2.654	5	
Conceição de Itaguá	Rural	2.395	6	

Quadro 2

Dados do SIAB de Brumadinho – Consulta realizada em 2015.

5.1.2 A história da implantação do PSF em Brumadinho-MG.

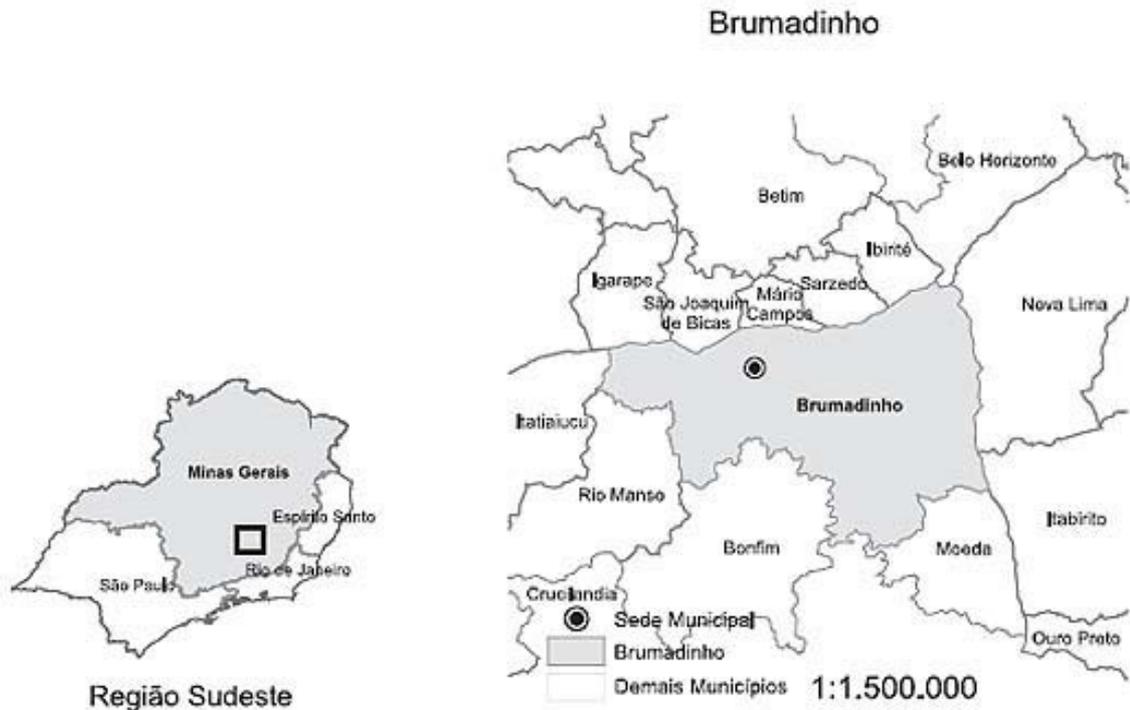


Figura 1: Mapa de Brumadinho

As primeiras negociações para a implantação do Programa de Saúde da Família de Brumadinho se deram em 1994, ano de criação do Programa pelo governo federal. Segundo Oliveira et al (1996) a proposta de implantação imediata do programa se deu pela necessidade de oferta de um serviço de saúde de qualidade para zona rural, neste contexto, chamada de roça. Na roça, principalmente considerando a grande área territorial e o grande número de distritos e povoados do município, era difícil a fixação de profissionais, devido aos baixos salários e ao pouco interesse em atender lugares longínquos. Para além disso, quando existia o profissional, o atendimento se reduzia a consultas por demanda, com baixa resolutividade e sem nenhuma criação de vínculo com a população (Oliveira, 1996).

Além da difícil fixação dos profissionais, a grande extensão territorial do município, mais de 600 quilômetros quadrados, era, e ainda é, um fator determinante para o acesso à saúde. À distância e a situação econômica das pessoas não as permitiam sair de seus domicílios para cuidar da saúde na cidade, além disso,

quando conseguiam, havia a escassez de transporte público, tendo o cidadão, muitas vezes, que perder um dia todo para realizar uma simples consulta, visto que a maioria das localidades rurais só possuía um horário de serviço de transporte. Isso quando não precisavam pernoitar na cidade, dependendo de parentes ou conhecidos, pois a depender da hora do atendimento, não teriam mais condução para retornar aos seus lares. O contexto regional foi determinante para a implantação do programa e principalmente, para que o início se efetivasse nas áreas rurais e distritos.

Para aprofundar e entender um pouco mais da história do pioneirismo da ESF em Brumadinho optamos, neste trabalho por entrevistar, também, atores das instituições diretamente responsáveis pela implantação na época: a Secretaria Municipal de Saúde – SMS e o Conselho Municipal de Saúde – CMS.

De acordo com as informações do Secretário de Saúde desta época, Luiz Fernando Rolim Sampaio, a implantação do programa seguiu por caminhos diferentes em relação ao que conhecemos hoje: o convênio inicial para início das atividades, por exemplo, foi feito com a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA - e não diretamente com o MS. Além disso, não existia PACS, programa que na maioria dos municípios precedeu o PSF. A prioridade foi da zona rural, diante da dificuldade de conseguir profissionais para cobrir este atendimento.

“Na época a grande dificuldade que tínhamos era de cobrir a área rural com atendimento médico. Por isso priorizamos a mesma. Também existia uma ideia de que o programa era para áreas distantes e rurais, em especial em Minas onde houve muita resistência para o modelo. Nós implantamos com auxiliares de enfermagem formadas porque o Coren não aceitava a proposta de agentes comunitários. O Coren não aceitou em Minas a implantação do PACS. Tivemos de fazer cursos de auxiliar de enfermagem para todos os que trabalhariam no PSF. Eles (Coren) diziam que era um retrocesso os ACS e os atendentes de enfermagem sem formação e que isso estava superado em Minas” [fala do ex Secretário Municipal de Saúde].

O financiamento inicial para o programa era instável, já que ainda não havia instrumentos definidos pelo MS. Declarou ainda que outras questões importantes caracterizaram a implantação do PSF no município e que foram bem diferentes do

cenário atual e que também contrastam, de certa forma, com a narrativa do capítulo sobre o PSF no Brasil, demonstrando elementos da realidade local, como a não implantação do PACS de forma anterior ou em conjunto programa/equipe:

A implantação foi feita através de um convênio entre a FUNASA e a Secretaria Municipal de Saúde em que apresentamos um projeto de cobertura de toda a área rural com uma equipe de 5 médicos 2 enfermeiros e 1 fisioterapeuta. Nessa época não existia equipe mínima. As equipes não eram pré-definidas e não tinham ACS obrigatoriamente. A regra veio com a portaria do PACS PSF e do PAB. Os convênios com a FUNASA foram anteriores a isso, bem no início. As equipes eram apoiadas pelas equipes de referência em saúde mental, pediatria, reabilitação, terapias alternativas, tínhamos homeopatia, acupuntura, shiatsu, cromoterapia, fitoterapia e várias especialidades médicas. Todas na policlínica na sede do município

Após contatos e definições junto à FUNASA e Ministério da Saúde, negociações no município e a participação popular através do Conselho Municipal de Saúde, foram definidos cinco territórios ou regiões sanitárias, levando em consideração a estrutura dos distritos, população, vias de comunicação e outros.

No início de 1995 as cinco primeiras equipes constituídas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e serviços gerais iniciaram seus trabalhos. Segundo Faria (1996) o objetivo do programa no município era se distanciar da velha prática hegemônica curativa e promover o trabalho multiprofissional, estabelecimento de vínculos entre a comunidade e a equipe e, principalmente, mais do que números de consultas e atendimento, o importante era promover estratégias de prevenção, promoção e educação em saúde que proporcionassem mudanças no quadro sanitário das regiões atendidas (Oliveira et al, 1996; Faria, 1996; Maciel, 1996).

Embora o início oficial com as cinco equipes aconteça no início de 1995, em 1994 o município já estava trabalhando de forma preliminar baseada no modelo, com duas equipes menores de profissionais que já atuavam na SMS. Uma das grandes dificuldades iniciais foi em relação a recursos humanos, a contratação de novos profissionais, o pagamento diferenciado para o novo serviço e a dedicação de 40 horas semanais. Para efetivar esse processo foi realizada a licitação pública de

uma empresa, a BRUMED, seguindo todos os ritos legais. Formada pelos profissionais de atuarem no programa, a BRUMED foi uma alternativa para o pagamento diferenciado sugerido pelo MS e uma forma de exigir o vínculo e a dedicação integral. Apesar da “terceirização”, os profissionais eram subordinados a SMS e seguiam todas as diretrizes do PSF (Brasil, 1996).

Apesar de algumas dificuldades, como a inexperiência de profissionais, processos burocráticos de contratação, a falta de uma coordenação direta com dedicação exclusiva, o programa avançou, contratou mais profissionais, inclusive dentistas e fisioterapeuta, apesar destes não fazerem parte da sua constituição. De acordo com Faria (1996), em pouco tempo o número de pessoas atendidas na zona rural cresceu, a procura pela urgência e emergência pela população abrangida pelo PSF foi reduzida, assim como caíram os números de internações e a mortalidade infantil. A carga horária dos profissionais foi aumentada em mais de 80% em comparação com o antigo modelo dos postos de saúde rurais e toda a dinâmica de atendimento para população foi alterada para atender às necessidades do programa e das comunidades (Faria, 1996).

A coordenação do PSF optou por iniciar o programa sem cadastramento prévio das famílias. Esta etapa foi acontecendo em meio aos atendimentos, estes por sua vez foram se definindo conforme o acompanhamento das rotinas, o que resultou na melhoria considerável no acesso para a população da roça, com destaque para a adesão aos grupos operativos, como o de hipertensos, gestantes, planejamento familiar e outros. Já em 1996, 15% da população rural estava participando de algum deles (Brasil, 1996).

Em relação ao trabalho, as equipes realizavam reuniões semanais com avaliações de todos os membros sobre os avanços do programa, além do planejamento, socialização de materiais educativos e discussão de estratégias para ações junto à comunidade. Os médicos atendiam as demandas de consultas e dedicavam parte do tempo aos grupos e, em menor escala, as visitas domiciliares (Brasil, 1996).

A participação da população também é destaque nos alicerces da ESF/PSF em Brumadinho. O programa foi indicado na III Conferência Municipal de Saúde como um novo modelo para trabalhar educação e prevenção em saúde. O Conselho de Saúde discutiu por cerca de quatro meses até a aprovação da proposta e acompanhou toda a implantação para evitar que o modelo se tornasse moeda

política, já que em municípios de pequeno porte é muito comum agentes políticos se aproveitarem de novos programas, serviços ou atendimentos de saúde para angariarem votos. Além disso, o CMS fez monitoramentos e avaliações constantes, questionando a efetividade dos atendimentos e até mesmo a falta dos agentes comunitários de saúde que estavam descritos no projeto aprovado (Oliveira, 1996).

Um ex conselheiro, entrevistado por nós para este trabalho nos relata um pouco da experiência da implantação do PSF e da participação do conselho no processo:

“Começamos a pesquisar o PSF, a ver as primeiras experiências no Ceará e o Secretário abraçou a questão, dividiu com o conselho e isso gerou uma briga saudável no CMS, surgiram questionamentos, a vontade de conhecer o programa e a dúvida se não era apenas mais um programa eleitoreiro e político. Envolveu vários setores da municipalidade, poder público e sociedade civil. A gestão aqui era muito aberta e dinâmica e passou a trazer convidados para falar sobre o programa. Lembro-me que um técnico/ médico cubano que era responsável pela saúde da família em Cuba esteve em Brumadinho e fizemos uma bela discussão com ele, que veio por intermédio da UFMG. Cuba assim como Inglaterra já tinham experiências positivas do programa, o modelo brasileiro inclusive foi baseado no modelo Inglês” [fala do ex Conselheiro de Saúde].

Da participação da comunidade:

“Antes de implantar o PSF o CMS e Secretário foram em todas as comunidades de Brumadinho, percorremos todos os 600 km quadrados do município para apresentar para toda a comunidade o que pretendíamos com ele e também colhendo sugestões e demandas para o programa. Como eu era da comunicação e conselheiro, influía muito na questão, pensando numa comunicação de vai e volta, ou seja, precisávamos escutar a comunidade. A SMS era muito aberta e nós fomos abrindo junto ao CMS a participação da população, nós provavelmente fomos um dos conselhos pioneiros a ter um jornal, inspirando outros lugares como Belo Horizonte – BH. No jornal a gente

discutia essas questões e levávamos informações para a comunidade” [fala do ex Conselheiro de Saúde].

Das resistências políticas:

A incorporação do PSF na paisagem cotidiana do município encontrou resistências na administração municipal após a primeira eleição municipal pós implantação do programa. O prefeito eleito, através de um decreto, decretou o fim do Programa, mas devido a mobilização de algumas comunidades, de servidores e de alguns agentes políticos, a situação foi revertida. Um membro do Conselho Municipal chegou a entrar com pedido de impeachment do prefeito em junho de 1998 na Câmara Municipal denunciando este ato arbitrário. O pedido foi rejeitado por 14 a 2 sob a alegação de falta de precisão e consistência na acusação. Entretanto, outro pedido, com esta mesma denunciada, acrescida de outras foi feito novamente por outro cidadão de Brumadinho, o que levou finalmente à cassação do prefeito no dia 11 de janeiro de 1999, conforme o depoimento de um ex conselheiro de saúde nesta época:

“Logo após a posse do novo prefeito no dia 1º janeiro de 1997, ocorreu uma enchente de grandes proporções na cidade, com mortes e muitos prejuízos materiais para a cidade. Junto com isso havia a administração do município e a exigências de recursos para dar continuidade aos programas de saúde. Por causa disso o prefeito avaliava o PSF como um programa caro e que trazia muitas dificuldades para a sua administração. Ele dizia que PSF era perda de tempo, que era mais fácil comprar ambulância e levar as pessoas para BH, embora nessa época o PSF custasse pouco à Prefeitura, pois era mantido com muitos recursos federais, fato este que não era considerado pelo prefeito. Pouco tempo depois ele fez um decreto suspendendo o PSF à revelia do CMS. Isso foi muito ruim, pois a população sentiu que estava perdendo algo que ela havia ajudado a conquistar. Isto gerou um problema muito grande” [fala de ex conselheiro de saúde].

A população se manifestou contra a suspensão do PSF, o assunto foi debatido pelo CMS e pelas mídias locais criando um clima de forte contestação ao

ato de suspensão do PSF feito pelo prefeito. Isto foi fundamental levando a população a entender que estava perdendo um direito conquistado, conforme o depoimento de um conselheiro de saúde à época:

“Esta situação alcançou a dimensão pública através da comunicação, ou seja, através de um programa de rádio e de um jornal dos quais eu era o editor onde a população manifestava a sua insatisfação com o decreto do prefeito extinguindo o PSF. O Conselho de Saúde se manifestou também publicamente contrário a esta decisão. Simultaneamente muitos funcionários públicos da cidade passaram a se mobilizar por causa dos salários atrasados, se juntaram ao sindicato por esta e as demais questões. A Câmara Municipal, percebendo esta movimentação popular, começou a agir e, através de uma denúncia, iniciou um processo de impeachment para cassar o prefeito com base no Decreto 201/67, o que aconteceria no dia 11 de janeiro de 1999. O vice-prefeito assumiu no lugar do prefeito cassado e voltou com o PSF.” [fala de ex conselheiro de saúde].

A mobilização da população, como podemos perceber pelo relato, foi fundamental para o processo de defesa do PSF, demonstrando que o programa já estava validado pela população enquanto política pública.

Dos resultados iniciais da implantação do PSF em Brumadinho:

“Efetivamente a filosofia proposta pelo PSF foi atingida, que é você conseguir chegar com a política pública no cidadão. Então ela passou a chegar, de fato. E claro, ele (o PSF) não resolveu os problemas de saúde do município e nós também fomos descobrindo limites. Mas dentro de um zero que era a sociedade Brasileira na época foi uma coisa muito boa, um marco. O próprio Fernando Henrique, presidente na época, usou um programa de rádio do governo e passou um bom tempo falando da experiência de Brumadinho. O ministro da Saúde, Jatene, veio fazer uma Conferência sobre Saúde em BH e tomou Brumadinho como um exemplo bem-sucedido de implantação do PSF. Tudo isso elevou muito os Brios da SMS e CMS. O próximo desafio era trazer para a zona urbana, ampliar, começamos na zona rural, pois aqui é diferente

de uma cidade grande, pois a área rural é muito grande com uma população muito desassistida” [fala do ex Conselheiro de Saúde].

O Programa deu tão certo nas áreas rurais que o município decidiu ampliá-lo e trazê-lo também para a Zona Urbana, devidamente aprovado pelo CMS. Para implantação na cidade, a SMS buscou os mesmos objetivos em relação ao atendimento diferenciado, criação de vínculos e as metas de melhorar as condições de saúde da população, conforme projeção na zona rural. Todo este processo possibilitou Brumadinho a chegar à estrutura atual, apresentada no tópico anterior.

Pelo pioneirismo, Brumadinho recebeu visitas da OPAS, Banco Mundial, Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde, Escolas de Medicina da UFMG e UFAL e de diversos municípios, todos a fim de visualizar o passo importante do município em direção a um novo modelo de saúde para a atenção básica e para a implantação efetiva do SUS (Oliveira, 1996; Maciel, 1996).

5.2 As categorias de análise que influem na comunicação/interações na ESF

Neste tópico elencamos a análise dos dados em 05 categorias divididas pelo que consideramos variáveis determinantes para a comunicação como elemento estruturante da ESF em Brumadinho. A estrutura das equipes, capacitação, motivação, organização e a informação são de fundamental importância para entender como se constroem as interações, os afetos, vínculos e por consequência como se efetivam o trabalho e os alcances da política pública de saúde, o SUS à população.

5.2.1 Estrutura e Gestão das Equipes

A ESF em Brumadinho é composta por 14 equipes e pontos de apoio para consultas médicas e de enfermagem na zona rural. As equipes trabalham de sete da manhã às quatro da tarde e atendem as demandas espontâneas e atendimentos por agendamento. Embora a maior parte das unidades seja alugada, ou seja, uma estrutura já existente adaptada para funcionamento, das 04 equipes estudadas, 03 funcionam em imóveis próprios. As equipes Jota e Planalto dividem a mesma estrutura física num prédio construído especificamente para abrigar a Unidade Básica de Saúde – UBS, a eSF Tejuco na zona rural, opera numa estrutura de um antigo posto de saúde, reformado e ampliado para abrigar a equipe. A eSF Progresso dispõe de uma casa alugada, grande, mas visivelmente adaptada para comportar toda estrutura que a estratégia demanda.

“Precisamos melhorar a estrutura física, a maioria das unidades são alugadas, que não tem a estrutura física para abrigar confortavelmente a equipe, precisamos informatizar todos os processos. Falta melhorar a estrutura como um todo, física e profissional” [fala de médico].

Uma das coisas observadas em relação à estrutura é a falta de sala de vacina com funcionamento permanente nas unidades, conforme indica o MS na Política Nacional de Atenção Básica (2011). A vacinação, no município, é feita em sua grande maioria na Policlínica Municipal, que embora seja um centro de especialidades, dispõe de diversos serviços básicos de saúde, inclusive com atendimento generalista, mesmo o município contando com 100% de cobertura de ESF.

Das equipes estudadas, apenas duas contavam com consultório odontológico – eSB. No município menos da metade das 14 equipes contam com este serviço, que fica centralizado também na policlínica municipal e é uma das principais reivindicações de atendimento pela população nas equipes que não contam com o serviço.

“Eu acho que aqui na ESF o que faltava para melhorar é a odontologia, o pessoal procura muito, seria um ganho pra população” [fala de recepcionista].

“Tem coisa que a gente procura aqui e não tem, sinto falta do dentista, a gente tem que ir na policlínica para ter esse atendimento” [fala de usuário].

Com relação a pessoal, todas as equipes estudadas contam com a estrutura multiprofissional mínima preconizada pela PNAB (2011). Contudo, além do mínimo, em todas elas há dois ou três técnicos de enfermagem atuando e um recepcionista. O que se torna um diferencial nas equipes em relação à maioria dos municípios Brasileiros, já que estes profissionais trazem maior custo aos municípios, que em alguns casos, arcam com até 70% do financiamento da ESF, uma vez que os recursos federais, apesar de muito importantes, são insuficientes para manter a estratégia, conforme apontam Marques e Mendes (2014).

“É uma coisa que eu acho que temos que levar para conhecimento deles (a equipe). Eu sempre falo, isso é uma coisa que só aqui em Brumadinho tem, em município nenhum você vai encontrar uma ESF com no mínimo dois técnicos de enfermagem pelo número de população, pela área adstrita que eles atendem (...). O enfermeiro consegue gerenciar mais, pois delega mais o trabalho. É uma coisa que luto para manter dois, para ter menos erros,

menos acidentes de trabalho, menor sobrecarga, melhor atendimento. É pesado, a procura pela demanda do técnico é muito grande” [fala de gestor].

Neste aspecto, a maior queixa das equipes e até visível por alguns usuários é a alta rotatividade de profissionais, principalmente do médico, o que afeta o trabalho e é um fator dificultador para diversas ações no município, como apontam as entrevistas:

“Brumadinho foi um dos primeiros municípios a implantar a ESF, mas ele nunca fez um concurso público para a área, ou seja, ele não acredita naquilo que ele foi um dos pioneiros. Ele não favorece os profissionais e isso gera uma alta rotatividade dos profissionais, principalmente médicos que vem de fora. A ESF passou a ser uma falta de opção. Enquanto o médico não passa numa residência ele fica o programa, depois que ele passa, torna-se especialista e abandona o programa. ESF fica sendo exercida por médicos como falta de opção e isso é muito ruim. E isso não é culpa só dos profissionais, mas sim do município que não investe no profissional, num concurso de 40 horas (...) Quando o médico começa a conhecer a realidade da população ele vai embora. O profissional trabalha desestimulado, contrato de trabalho precário, com moldes cada vez piores. O município precisa provar o interesse no programa, mas política influencia muito nesses processos” [fala de médico].

“(.) isso desestimula os funcionários e as questões políticas influenciam muito, muitos contratos, não seguem a lei pois não fazem concurso como as outras cidades, aqui não existe nem um processo seletivo, tem gente contratado há 20 anos” [fala de usuário].

Durante o trabalho de campo foi possível perceber a rotatividade dos profissionais. No período de observação, três unidades ficaram sem médicos, em duas delas novos profissionais foram contratados, a outra estava sem médico até o último dia da pesquisa no campo. O médico desta Unidade passou na residência e pediu rescisão de contrato.

“Eu queria 100% dos profissionais concursados ou contratados a partir de processo seletivo para garantia de vínculo, porque é um serviço desgastante (...) se eu conseguisse manter os meus profissionais, seria uma coisa que faria com nós alcançássemos as metas que queremos para a ESF” [fala de gestor].

Uma pesquisa realizada pela Organização Pan Americana de Saúde – OPAS, em 2002, apontou que a maioria dos contratos de trabalho dos profissionais de saúde são através de contratos temporários e regimes celetistas, o que causa a instabilidade e a alta rotatividade dos profissionais. Dados de outras pesquisas, segundo Marqui et al (2010), revelam que a precariedade contratos e a falta das garantias trabalhistas são a principal queixa dos profissionais. Outra questão que influencia este cenário é a contratação através de indicação político partidária, que insere profissionais sem perfil para o trabalho, muito comum, principalmente, em municípios de pequeno porte. Segundo os autores, a forma de contrato interfere diretamente na realização do trabalho, quanto mais se garante direitos e estabilidade, maior possibilidade de vínculo e de responsabilidade social destes na ESF (Marqui et al, 2010).

As queixas não partem somente dos profissionais médicos conforme relato dos outros profissionais entrevistados:

“Acho que deveriam dar mais estabilidade no trabalho para gente, pois você não cria vínculo do dia pra noite e se troca a gente de lugar ou manda o ACS embora, prejudica demais o trabalho. Aqui a questão política influencia bastante nisso” [fala de ACS].

“As questões políticas influenciam no trabalho, pois a gestão contrata um ACS porque ele é apadrinhado político e ele vem porque precisa de dinheiro e não porque tem perfil. Falta perfil em alguns agentes de saúde, que não realizam o trabalho da forma que deveriam realizar e a forma de contratação é um dos maiores responsáveis por isto” [fala de enfermeiro].

Em Brumadinho, assim como em outros municípios do país, a organização do trabalho ainda depende de melhorias estruturais e principalmente nos contratos com os profissionais. A criação do vínculo interpessoal, fundamental ao funcionamento da ESF deve ser também valorizada e estendida em relação aos profissionais e a gestão.

5.2.2 Capacitação

A qualificação e a capacitação dos profissionais foi uma das grandes questões que emergiram neste estudo. Os trabalhadores apontaram falhas da gestão em relação a cursos, reuniões e treinamentos, principalmente pela pouca oferta, principalmente em relação aos Agentes Comunitários de Saúde que, pelo que observamos, “aprendem a trabalhar” no dia a dia com a prática profissional.

Uma das responsabilidades da PNAB (2011) é:

VI – desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários (Brasil, 2011).

Em relação à PNAB, é possível perceber que há uma lacuna em relação às qualificações nos níveis Federal, Estadual e principalmente, municipal, tomando como base o caso de Brumadinho. Veremos a seguir, através de algumas falas, como a capacitação e a qualificação tem sido deficientes no município:

“O ACS tem que ter valor e ele não tem valor nenhum, ele não é profissional, não é uma profissão, as pessoas não veem a gente como profissional.”

Tinham que dar um curso para gente, para termos a nossa formação em ACS e colocar pra trabalhar só quem for capacitada pra isso” [fala de ACS].

“A capacitação já foi melhor do que é hoje. Antes nós tínhamos reuniões mensais com o polo de capacitação da UFMG, todos os médicos discutiam os casos clínicos, condutas, relações e isso se perdeu. Isso era muito importante, precisava que houvesse para a equipe toda, não só para o médico” [fala de médico].

“Quando temos reuniões e/ou capacitações e não é realmente tratado aquilo que a gente precisa de fato” [fala de enfermeiro].

Em Brumadinho, nenhum dos ACS entrevistados disse ter recebido capacitação e/ou qualificação quando entrou no serviço:

“Não fui capacitada para ser ACS, eu aprendi com as meninas mais velhas de casa quando eu entrei. Faz muita falta uma capacitação no início. É um trabalho difícil, criar o vínculo com a população e ter a confiança e o carinho deles” [fala de ACS].

“Já teve umas seis reuniões desde que estou aqui (04 anos). Eu fiz um curso, chamava cidadão do futuro. Mas curso de ACS eu não tive não. Eu aprendi com as meninas que já trabalhavam aqui” [fala de ACS].

“Quando eu comecei foi muito ruim, eu tive vontade de sair. As pessoas já estavam lá há muito tempo e acomodadas. Eu sou curiosa, gosto de aprender e correr atrás. Eu me cobro, quero fazer tudo bem-feito. Eu perguntava muito, queria saber e as pessoas não gostavam de mim, não tiveram boa vontade de me ensinar nada e parecia que eu estava incomodando, pois eles faziam um serviço meio tocado. Como eu não estava lá pra fazer amizade eu disse pra mim mesma que faria um bom trabalho. Eu procurei num outro PSF uma pessoa que se dispôs a me ajudar e eu aprendi o serviço. E aí eu fui

percebendo que esse era o caminho. Não teve capacitação nem nada, só depois de algum tempo, mas eu mesmo fui procurando e desenvolvendo a minha forma de trabalhar” [fala de ACS].

Mas só fazer capacitação não resolver, é preciso planejar e programar estratégias para que elas sejam bem executadas:

Capacitação é necessária quando é algo que precisamos. Quando tem, eles não prendem nossa atenção, a maioria das pessoas saem de lá sem saber o que foi falado. Tem que ter sim, dentro da necessidade do que a gente precisa, além disso, nós também temos que buscar informações, temos muitos meios pra isso. São sempre as mesmas coisas e maçantes, nas reuniões. Vamos (a gestão deveria fazer) criar uma coisa nova, fazer uma visita num hospital e levar os agentes e mostrar como é a evolução das doenças que a gente fala e tenta prevenir com os usuários. Vamos mostrar o que acontece e depois trazer para uma sala e mostrar o que deve ser feito [fala de ACS].

A pesquisa de Marqui e et al (2010) aponta a qualificação profissional como uma das principais dificuldades apresentadas pelos trabalhadores na ESF. A capacitação é fundamental para as equipes, pois proporciona o aprendizado de muitas questões da prática profissional, do planejamento das ações, das relações intra-equipe e com os usuários nas interações do dia a dia. A valorização da qualificação pode e deve promover a autonomia dos trabalhadores em relação às atividades e aos saberes técnico-científicos, tornando-os mais capazes para gerenciar o tempo, as ações, o trabalho em equipe e os problemas iminentes, o que refletirá numa assistência de melhor qualidade para os usuários (Maqui et al, 2010).

Para a gestão do município, uma das principais dificuldades para realizar e estabelecer estratégias de qualificação e capacitação é a alta rotatividade profissional, já discutida no tópico anterior, além de outros entraves:

“Eu acredito que quando a gente conseguir contratar os profissionais através de concurso ou processo seletivo a gente vai conseguir dar continuidade aos processos de capacitação e o profissional capacitado com a educação

continuada, com certeza, vai refletir no melhor atendimento, no cuidado e na saúde da população (...) O processo seletivo está sendo prometido há dois anos. O certo seria todo ACS que vem trabalhar fizesse o curso de 40 horas de introdução à saúde da família, isso é o ideal e eu coordenadora tenho ciência disso. O que acontece é que quando o ACS chega aprende a trabalhar com o outro. Então se o outro for um bom profissional ele vai aprender muito bem. Mas se o outro não é tão bom profissional ele já entra com os vícios e com o erro do outro. É um grande problema que a gente tem enquanto gestão” [fala do gestor].

A questão da qualificação demonstra que é um problema enfrentado não só pelos profissionais, mas também pela gestão e que influencia diretamente nos processos e na qualidade do trabalho das equipes.

5.2.3 Motivação e Vínculo

A motivação e vínculo foi uma das categorias escolhidas por nós neste estudo por trazer as percepções do sujeito sobre as questões do trabalho. A motivação está ligada aos incentivos, interesses e o que move os profissionais a realizarem e criarem vínculos com o trabalho. Para além das questões motivadoras e do vínculo, percebemos também as principais dificuldades enfrentadas no âmbito da equipe e sua relação com a gestão, condições de trabalho, interação na equipe e com os usuários.

Nesta categoria utilizamos o termo motivação como sinônimo da satisfação no trabalho, o que vincula e fixa os profissionais ao serviço para além dos contratos e das questões financeiras, não queremos aqui suscitar termos mercadológicos ligados a ganhos de produção em massa, mas sim conhecer as forças que movem os profissionais nas dificuldades encontradas no trabalho, os afetos pela ESF.

Todos os profissionais entrevistados foram questionados sobre o que mais motiva no trabalho e também o que desmotiva, ou seja, as maiores dificuldades. Os principais fatores de motivação dos profissionais são: a possibilidade de ajudar os pacientes, poder acompanhar a melhora do quadro de saúde da população, gostar do que faz, vínculo com usuários e relação com a equipe. Por outro lado, entre os

fatores dificultadores estão a condução e o relacionamento com a gestão, as questões do vínculo empregatício, a dificuldade de relacionamento com alguns usuários e as situações difíceis vivenciadas no dia a dia.

“Eu amo o que eu faço, acredito no ser humano. Eu respiro ESF 24 horas por dia. Eu levo trabalho para casa, pois eu acho que dá pra fazer melhor. Tem muita criança, tem muito idoso que precisa da gente. Tem as falhas, mas eu acho que vale a pena lutar pelas pessoas, você consegue ver uma pessoa doente melhorando. A doença é o pior momento da vida do ser humano, e ele tem necessidade de muitas coisas. O que me motiva é que dá pra fazer melhor e dá pra fazer certo. Temos todas as ferramentas em Brumadinho no sentido da estrutura, é só usar de forma melhor” [fala de enfermeiro].

“O que mais marca é fazer a diferença na vida das pessoas. Eu tive duas crianças aqui que eram maltratadas pela madrasta, a ponto da agressão quebrar a perna de uma delas, eu denunciei, elas foram para o abrigo, eu fiquei com a consciência pesada de mandar as crianças pro abrigo, mas elas foram adotadas, estão com uma família ótima, chamando a mulher que as adotou de mãe. Hoje elas são muito mais cuidadas, tem carinho e romperam o ciclo de coisas ruins. Estão tendo oportunidade de se tornarem pessoas melhores e de serem felizes, vivendo bem-estar não só físico, mas mental e social e é gratificante saber que isso a gente consegue mudar” [fala de enfermeiro].

“Principalmente é gostar do que faço, já foi questão salarial, pois Brumadinho tem um salário muito bom em relação à região. Eu quero cada dia mais trabalhar para a melhoria da saúde do nosso povo. Cada criança que não morre, cada doença que a gente evita...” [fala de gestor]

As questões da informação e comunicação aparecem nas falas dos profissionais em relação à motivação, aos processos de trabalho, na interação e relacionamento com usuários:

“O que me motiva é que a gente consegue atingir o outro com as nossas informações, eu digo que a gente consegue melhorar a qualidade de vida do outro com as informações que a gente fornece. Fazer um usuário entender que se ele não tratar o diabetes dele, ele pode vir a ter uma doença renal. Isso, mesmo os pacientes sem instrução conseguem entender” [fala de enfermeiro].

“Conseguir enxergar os resultados, você aplica e consegue enxergar os resultados, coisa que você não vê numa UPA. Você conseguir ver que aquilo que você está fazendo dá resultado positivo. O relacionamento com a população não tem preço, viram amigos, não só mais pacientes” [fala de médico].

“O que eu gosto mais do trabalho é, por exemplo, tem casa que eu já posso entrar e nem preciso chamar mais, você vê que o usuário pega confiança na gente” [fala de ACS].

E o vínculo que é uma das grandes forças para a realização do trabalho vai se tornando mais intensa à medida que o relacionamento vai se estreitando e o trabalho transcende as questões de saúde ou de uma mera visita de cadastro, os sentimentos afloram e a necessidade de ajudar o outro transparece:

“Pode parecer demagogia, mas eu gosto mesmo do trabalho, apesar do salário ruim, mas quando você vê que faz a diferença na vida das pessoas, pelas necessidades delas, você percebe o quanto pode ser importante na vida delas. Eu costumo receber famílias que vem do nordeste e vale do Jequitinhonha, esses lugares de gente pobre, costumo cadastrar pessoas que não tem uma cadeira para se assentar, às vezes dorme no papelão e vem na esperança de encontrar um emprego. E quando eu entro numa casa dessas e vejo que eu posso ajudar essas pessoas eu sinto um prazer enorme, e vejo que ali é o meu lugar. Eu vou tentando encaixar essa pessoa na comunidade, eu tento arrumar um emprego, mesmo que provisório e isso é muito bom” [fala de ACS].

Além das questões relacionadas a ajudar os usuários, o trabalho em equipe também motiva alguns profissionais, como esta ACS:

“O que mais me motiva é a população e o desempenho da equipe também que é muito bom, tudo mundo aqui trabalha muito bem e isso faz a diferença”
[fala de ACS]

As falas dos profissionais se aproximam muito das motivações encontradas em outros trabalhos. Costa e et al (2012) apontam em sua pesquisa com profissionais da ESF que o principal estímulo para a permanência na estratégia a é possibilidade de ser útil para a população, a maioria dos entrevistados pelo estudo se referiu ao termo ajudar, principalmente em relação às populações mais carentes. Os profissionais acreditam contribuir para o avanço da atenção básica e para melhoria das condições de saúde da população. Outra questão perceptível neste e em outros estudos com o nosso, é que durante a prática no serviço, nas relações e interações com a equipe e com os usuários, que os profissionais aumentam a valorização do próprio trabalho e percebem as mudanças que este traz no contexto da comunidade (Costa e et al, 2012).

Mas há os problemas e muitos fatores contribuem para a desmotivação profissional no serviço, nas falas abaixo podemos perceber alguns dos principais fatores, como a desvalorização profissional, as dificuldades com a gestão, excesso de demanda e até mesmo o relacionamento com os usuários:

“O mais difícil, às vezes, é a má educação de alguns pacientes. Nós tentamos conversar, mas eles não aceitam, querem ser atendidos primeiro. Mas eles não entendem que nós temos a capacidade de selecionar o que é urgente do que pode ser agendado, mas eles não entendem” [fala de enfermeiro].

As condições de trabalho também aparecem nas falas:

“O que dificulta nosso trabalho é o número muito grande famílias para gente acompanhar e não se pode falar nada, nem reclamar, porque você é contratado. Você não consegue fazer um serviço com tanta qualidade tendo 300 famílias pra acompanhar. E não é só a visita, tem a parte burocrática

toda, muita papelada, às vezes, temos que virar mil para dar conta de tudo” [fala de ACS].

“O excesso de demanda é o que mais desmotiva, eu costumo falar que de atenção básica não tem nada, isso é atenção complexa. Isso aqui é o para raio. Tudo chega aqui: o carro que não foi buscar, o ACS que não foi visitar, o médico que maltratou, a enfermeira que não fez citologia, o cano que estragou, o lote que não foi capinado, o telhado que vazou. A sobrecarga de trabalho é muito grande, a gente faz papel de assistente social, de psicólogo, você faz um pouquinho de cada coisa. Tem que ter muito amor, não só eu, mas toda a equipe que está comigo. Pois a demanda é muito grande. É telefone o dia todo, é usuário na porta, é protocolo para seguir (...) é muita coisa” [fala do gestor].

A condução da gestão e as questões políticas do município também foram apontadas como grande fator desmotivação por alguns dos profissionais entrevistados:

“O mais difícil do trabalho é a relação com o gestor. Temos que fazer o gestor realmente entender realmente o que é a saúde da família. O gestor acaba estando ali para administrar a máquina, para deixar o município em condições financeiras boas, ele não sabe se investe aqui ou ali. Muitas vezes, o secretário não é da área de saúde, só está ali para tentar fazer uma boa administração, mas administração para quem? Para o usuário? Para os profissionais? Para o Prefeito? Para a Secretaria de Fazenda? Pro ministério? Pra mim o maior empecilho é isso. Hoje nós temos uma coordenação, mas não sentimos o efeito do seu trabalho, não temos metas a cumprir, e mesmo se houvesse, não existe nenhum estímulo para isso por parte da gestão” [fala de médico].

“O que mais me desmotiva é ver que quem está acima de nós, a nossa coordenação não está tão interessada em entender os nossos problemas e nos ajudar. Não adianta eu querer sozinha que a minha equipe seja boa, que todos os usuários sejam bem atendidos, se eles não derem um suporte pra

gente, isso desmotiva muito. Toda reunião é só para cobrança, não tem um elogio, não tem diálogo e às vezes você está tentando fazer o seu melhor e a coordenação não reconhece” [fala de enfermeiro].

“Falta diminuir o favoritismo, menos interferências externas. É muito triste a questão política entrando no meio do trabalho, favorecendo pessoas que às vezes nem precisam tanto e as que precisam mesmo ficam a mercê. Já fui chamada atenção pelos meus superiores, depois de ouvir desacatos de familiar de vereador porque eu estava fazendo o certo. Porque eu queria seguir o fluxo, mas eu tinha que ter feito mesmo ele não sendo usuário aqui da unidade simplesmente porque era familiar de vereador. É um fator que desmotiva, tudo que você tenta fazer certo não vale” [fala de enfermeiro].

Em relação aos fatores desestimulantes também encontramos respostas parecidas no estudo de Costa e et al (2012), realizado no Distrito Federal com 14 profissionais da ESF. A pesquisa revela que a gestão é deficiente, pois não consegue compreender o que é de fato a ESF, e por isso não acaba se interessando por este modelo de atenção. Apontam ainda os cargos políticos sem nenhuma condição de gerenciamento e como isso afeta o trabalho.

Assim como em Brumadinho, os profissionais do estudo no Distrito Federal também apontaram o excesso de demandas e de trabalho como um fator desmotivador. A priorização do atendimento curativo em detrimento da prevenção e promoção, a baixa garantia da continuidade do acesso e a falta de materiais básicos, transporte e estrutura física são apontados em alguns momentos pelos profissionais no município, mas não são considerados como os principais problemas para o trabalho, por não serem tão recorrentes como no estudo de Costa et al (2012).

Mais do que infraestrutura, em Brumadinho, a partir dos relatos dos profissionais, as questões de âmbito relacional, de interação e escuta tem mais peso no que tange às fragilidades e potencialidades do trabalho.

5.2.4 A organização e trabalho nas equipes

Nesta categoria procuramos apontar a visão geral das equipes em relação à estratégia e ao trabalho, além dos apontamentos gerais do trabalho de campo. Ao longo do período observacional foi possível notar que a presença no NASF ainda é pequena nas unidades. Uma equipe só é insuficiente para atender todas as unidades, além de não ser recomendando pelo Ministério da Saúde e na Política Nacional de Atenção Básica (2011). O NASF permite inserção de outros profissionais na ESF aumentando assim o número de ações e a qualidade da assistência ao usuário, principalmente em relação à prevenção e promoção da saúde.

Na visão geral dos profissionais e usuários entrevistados, apesar das dificuldades enfrentadas no cotidiano, a ESF tem se mostrado muito importante no contexto de saúde do município. Contudo, tem sido deficiente em relação aos trabalhos educativos e preventivos devido à alta demanda de tratamentos curativos que geram mais pedidos de exames e encaminhamentos para outros níveis de atenção. Apesar dos grupos com os mais diversos públicos, das visitas dos ACS, os profissionais enfermeiros, responsáveis pelas equipes, queixam-se de não conseguirem desenvolver estas atividades como gostariam nas unidades.

“É importante ter o posto de saúde aqui, não só porque é perto de casa, mas porque todo mundo precisa do atendimento aqui no bairro. Mas eu já ouvi pessoas reclamarem e falarem: Por que não tira esse trem daqui? Isso não vale nada, não tem médico. Aí eu falo: se não tem vai lá em cima (policlínica). Eu uso remédio de uso contínuo, pra dormir, se não tem médico aqui eu vou lá em cima, lá sempre tem médico. Eu não reclamo, pois no meu tempo era muito pior. Eu saía de Belo Vale, pegava trem e ia pra previdência social para poder consultar, a gente levantava de madrugada... Nessa época só era atendido quem era funcionário e tinha previdência” [fala de usuário].

“Eu acho que a ESF em Brumadinho, comparando a outros municípios, tá bem organizada, tá ótima, temos 100% de cobertura, o acesso é fácil. O único ponto desfavorável no município e isso eu constatei também em conversa com outros colegas, é que a gente não consegue desenvolver ações de promoção e prevenção. A gente faz o atendimento que é o principal,

o viés da história. Sei que tanto aqui, quanto nas outras unidades não são realizadas atividades exclusivas de promoção e prevenção. É uma questão não somente de tempo, mas também de organização, sempre acontece uma coisa aqui, outra ali, atualmente eu estou sem médico. Essas coisas nos impedem fazer este trabalho. Organizamos grupo com gestante e não conseguimos realizar. Eu estou sem previsão de médico, talvez só mês que vem. A rotatividade da equipe atrapalha desenvolver as ações, principalmente o médico. Como são duas unidades no mesmo prédio, às vezes a minha fica sem um profissional, às vezes outra fica. Nós começamos a esquematizar alguma atividade aí o médico sai”[fala de enfermeiro].

“Resolutiva na questão de educação em saúde não, eu tento educar os usuários, digo que não adianta o atendimento se a pessoa não se comprometer com o tratamento. Às vezes você faz tudo para alguém em relação a uma doença ou sintoma e daí a um tempo a pessoa volta com as mesmas queixas. Eles não querem prevenir, querem remediar. O acesso aos exames é complicado aqui, pois dependemos outros municípios. Falta mais acesso a exames no município. Tive pacientes que morreram, pois tiveram diagnóstico tardio pela questão da dificuldade de conseguir exames. Por outro lado, eles querem muitos exames que não precisam. Aqui a população vem pedir check up, mesmo sem nenhum sintoma. E agora o número de exames está ainda menor e temos que educar a população que é assim, que não pode ser dessa maneira, pedindo só por fazer, quem nem tudo precisa de exame e que muitas coisas podem ser resolvidas aqui” [fala de enfermeiro].

“Tem problemas com exames, que demora a sair lá na sede e a população cobra muito aqui das meninas da unidade, mas o problema é lá, a demora” [fala de usuário].

Percebemos que as ações curativas são a maior parte do trabalho nas equipes estudadas e que tem impedido atividades de promoção e prevenção em saúde. A falta de médico na equipe atrapalhar o desenvolvimento de atividades preventivas e educativas, como grupos e demais atividades coletivas, pode estar

ligada a organização do trabalho na equipe, com características médico centradas. Em comunicação e saúde buscamos justamente quebrar esse modelo valorizando também os outros profissionais que no caso da equipe podem conduzir as atividades coletivas.

A pesquisa de Krug et al (2010) com profissionais da ESF no Rio Grande do Sul, também apontou com uma das dificuldades do trabalho a demanda excessiva por ações curativas e deficiência em realizar ações de prevenção e promoção. Neste estudo, os autores atribuíram a este problema, além da organização e excesso de trabalho curativo, o modelo de assistência e demanda Brasileiro, a falta de responsabilização do usuário sobre a sua saúde e falta do planejamento das ações na equipe inserindo a população como participante do processo de trabalho. Isso causa uma percepção de baixa resolutividade da ATB visto que o tratamento curativo exige outras tecnologias disponíveis na média e alta complexidade (Krug et al, 2010).

Os usuários entrevistados não apresentaram grandes queixas em relação ao trabalho das equipes. Em contrapartida gostariam que a unidade fizesse ainda mais por eles, como maior número de consultas diárias, entrega de remédio em domicílio, fornecimento de pedidos de exames e consultas sem consulta médica e outros.

Eu acho que a ESF aqui muito boa, tem gente que acha que eles deviam levar remédios em casa. Mas eu acho que não tem que levar, se não a população fica muito mansa, eu acho que eles já fazem muito. Às vezes as pessoas querem ainda mais do que já é oferecido. E o vínculo faz com que as pessoas peçam as coisas fora de hora, ligam, pedem, em qualquer lugar, mas as agentes pelo que eu vejo sempre atendem bem, mesmo fora do horário de trabalho [fala de Usuário].

Precisava ter dois médicos em cada equipe e há necessidade que mais tipos de exames que fossem feitos aqui, para não precisarmos ir na policlínica tirar sangue, principalmente para os mais idosos, eu não, pois Deus me redobrou as forças, não posso reclamar [fala de usuário]

“Eu nunca tive nenhum problema com a equipe, mas a minha mãe já: eu precisei de um remédio, pois tive cândida na gravidez e eu não podia vir aqui,

e eles não quiserem liberar o medicamento pra minha mãe. Queriam liberar só se eu viesse. Acho muito importante ter essa unidade aqui, pois é perto de casa e sempre que eu ou minha família precisamos é só vir aqui” [fala de usuário].

“A única dificuldade que eu vejo aqui é que nem sempre tem o atendimento no horário que a gente está disponível e na policlínica tem mais horários e mais médicos. Quando eu não consigo médico aqui eu vou na policlínica, e eu trabalho de manhã e eu às vezes não consigo uma consulta à tarde” [fala de usuário].

Pelas falas percebemos que a ESF tem respondido boa parte das demandas dos usuários, contudo não conseguiu inverter o modelo centrado nas demandas da população sob procura. Fica evidente a falta de conhecimento sobre a estratégia e suas funções e objetivos, uma vez que o desejo que a equipe seja cada vez mais assistencialista. Vários trabalhos apontados no capítulo inicial deste estudo atribuem isso a percepção do usuário ainda centrada nos modelos hegemônicos de atendimento, a assistência médica curativa em detrimento da preventiva e a falta de construção coletiva nos processos do trabalho para o atendimento. Perde-se no dia a dia as diretrizes que construíram a ESF (Silva, et al, 2011) (Pereira, 2013).

Uma das questões mais importantes percebida durante a observação e relatada como problema pelos enfermeiros é a interferência da policlínica no trabalho das equipes. A unidade, que deveria funcionar como centro de especialidades atende toda a população, muitas vezes, sem o encaminhamento da eSF, sem referência, sem histórico ou prontuário dos usuários, inclusive nas consultas de clínica generalista. Já virou lugar-comum os pacientes (nas falas anteriores, inclusive) procurarem esta unidade quando não conseguem um atendimento imediato na eSF. Isso dificulta o trabalho dos profissionais que não conseguem vincular os usuários nas rotinas de atendimento, agendamento e protocolos da equipe e ainda geram um descrédito junto à unidade.

A policlínica atrapalha nosso trabalho aqui, eu mesmo fui lá reclamar essa semana. Tive um caso de uma pessoa próxima da minha família que chegou xingando uma enfermeira de uma unidade, pois ela não quis dar um pedido

de exame e consulta com urologista e ela agendou a consulta com o médico da unidade para que este pudesse encaminhá-lo. Ele é hipertenso, mas não tinha nada, aí ele foi na policlínica conseguiu passar no médico e pegar o pedido para o urologista. Ou seja, a enfermeira da policlínica é uma rainha e a da ESF dele não presta. Ele não vai procurar mais a ESF porque ele sabe onde vai conseguir mais fácil e, além disso, vai achar que não somos resolutivos. Ou seja, a equipe trabalha certo, mas o certo não interessa, interessa o meu lado, o que eu quero. Isso atrapalha o vínculo, pois você foi ruim pra ele, não conseguiu o que ele queria, e ele vai na unidade onde consegue, já que aqui, na ideia dele não se consegue nada. Isso fura os fluxos [fala de enfermeiro].

“Um exemplo é a gestante, que tem que fazer o pré-natal de risco habitual que pode ser feito aqui, mas como existe a facilidade de marcar com o ginecologista, ela vai para a policlínica sem o encaminhamento da Unidade. Nós estamos trabalhando em cima disso, para barrar, para não burlar o fluxo. A população quer muito o especialista e como eles acham a porta aberta na policlínica e na Upa eles passam por cima da unidade e vão lá marcar. É tão fácil para eles marcarem direto que quando a gente precisa mesmo encaminhar encontra dificuldade para agendar, pois já tem demanda espontânea que eles atendem. Pulam fila, cidade pequena, em que todo mundo conhece tudo muito, há facilidade de cortar os caminhos. Estamos tentando, mas é uma questão complicada” [fala de enfermeiro].

“Eu acho que a ESF é boa, mas poderia ser mais resolutiva. O acesso a policlínica é próximo, nós deixamos de atender alguns pacientes, pois eles têm acesso direto lá. Apesar de ser uma referência de especialidades, eles recebem os usuários como se fossem a porta de entrada, como se fosse o clínico aqui da unidade. É um atendimento que atrapalha, perdemos os usuários, pois eles veem mais facilidade de fazer lá, só que lá não existe o vínculo, o prontuário não é tão completo quanto aqui com todas as informações do paciente, ou seja, eles são atendidos, mas não tem o mesmo acompanhamento que tem aqui, principalmente os diabéticos e hipertensos. Quando conseguimos fechar um pouco a porta lá, eles aparecem aqui e,

muitas vezes, o caso já está grave, pois não tem o mesmo acompanhamento daqui. Eles vão lá porque é mais fácil, pois o acesso é fácil. Aqui, por exemplo, tem a demanda espontânea e a agendada, as vezes vem um paciente que está com uma queixa há 3 meses, tipo uma macha, aí a gente agenda pra 15 dias, mas ele bate o pé que quer ser atendido no mesmo dia, ele não fica satisfeito e ele vai na policlínica, dá um jeitinho pra ser atendido no mesmo dia” [fala de enfermeiro].

O acesso a policlínica interfere diretamente na realidade do trabalho, enfraquece os vínculos, prejudica a comunicação e desconsidera o arcabouço de informações já registradas nas equipes. Contribui ainda para uma baixa percepção de resolutividade e prejudica a manutenção dos fluxos de demanda espontânea e de agendamento na eSF, favorecendo a cultura do ser atendido prontamente e curativamente. A grande demanda espontânea dificulta o agendamento de consultas para datas mais próximas, afinal por mais que seja uma consulta simples que possa esperar 15 dias, de acordo com o acolhimento da enfermeira, o usuário não vai deixar de procurar o serviço especializado ou clínico na policlínica se sabe que vai ser atendido no mesmo dia, já que não existe protocolo para isso. Muitas vezes, as questões políticas ou o “jeitinho” influenciam nesse “ganho” da consulta, passando na frente, inclusive, de outros usuários que tem consultas agendadas.

A ESF precisa ser mais resolutiva, trabalhar em conjunto com os outros níveis de atenção, ajudar na construção de protocolos, referência e contra-referência e principalmente trabalhar o vínculo com o usuário para que ele entenda a importância do acompanhamento na equipe em que está cadastrado.

5.2.5 Informação:

Nesta categoria procuramos observar a estrutura informacional das eSF's, as estratégias utilizadas para coleta, circulação e apropriação da informação para o trabalho. Todas as equipes estudadas possuem murais informativos nas recepções, com diversas informações sobre o funcionamento da unidade e como está organizado o trabalho das equipes, por dia e tipo de atendimento. Uma delas, a eSF Progresso sempre dispunha de diversos outros elementos informativos, para

divulgação dos grupos, das campanhas de vacinação ou da dengue, geralmente cartazes impressos ou feitos à mão pelos próprios profissionais.

“Fazemos material informativo aqui, pois falta material específico do município por parte também da gestão e também do Estado. Conseguimos uma impressora e eu faço cartilhas, cartazes e entrego para as pessoas que precisam, idoso, gestante, hipertensos, com orientações sobre várias questões. E isso faz com que eu, enfermeira, seja procurada como o médico, principalmente na questão da informação, não é tudo só com o médico mais, eles me tem como fonte de informações e procuram o médico mais quando estão doentes. Hoje em dia se eu falo que não tem vaga com o médico, eles aceitam o meu atendimento e antigamente isso não acontecia de jeito nenhum” [fala de enfermeiro].

A estratégia adotada pela eSF Progresso é uma maneira de chamar a atenção dos usuários e transmitir as informações de forma mais contextualizada. Esse mural fica na principal parede da recepção e reflete a sensibilidade da equipe para construção de processos informativos mais horizontais, que, segundo Oliveira (2002) são um dos objetivos da ESF. Além disso, permite a valorização da unidade e da equipe como um todo, não somente nos cuidados médicos e curativos.

Em relação à informação, os entrevistados acreditam que ela circule bem nas equipes, principalmente em relação aos atendimentos e demandas da população, quando há problemas de falta de informação, eles geralmente ocorrem no processo comunicacional que trataremos no próximo tópico.

A questão principal da informação nas equipes, levantada neste estudo, está relacionada a coleta, preenchimento e tratamento dos dados que dão subsídio para alimentação do SIAB e conseqüentemente a comprovação do trabalho realizado. Para os profissionais, principalmente o ACS, o grande número de fichas para preenchimento influencia na qualidade das visitas domiciliares, que se tornam cada vez mais burocráticas e menos interativas. Isto fica bem evidente nas falas dos profissionais:

“Eu acho que preencho muito papel, tem coisas que a gente preenche que fica por ali mesmo, não tem muito fundamento aquilo. Isso atrapalha o

trabalho, pois toma muito tempo que a gente poderia melhorar o atendimento. Eu acho que eles olham (gestão, governo) as nossas produções, mas mais para saber se a gente fez, tem que provar que fez, como fez não interessa, não olham como é o vínculo, o que está acontecendo, o que precisa melhorar” [fala de ACS].

“Eu acho que eles nem olham esses papéis. A gente deixa as coisas mais importantes de lado para preencher um monte de papel que não vai ser usado. É mais importante ter número de produção do que usar os dados para fins de outras políticas, e é ruim, pois isso geraria uma melhoria, que eles (usuários), não vão ter. Sobre essa papelada, eu só acho que não deveria ter isso não. Muita coisa pra preencher, se não tivesse ajudaria muito nosso trabalho. Às vezes a gente chega na casa e fica mais preenchendo papel do que dando atenção para a família” [fala de ACS].

“Não acho que toda a papelada é necessária, pois e hoje se você me perguntar o que tem na casa x, da rua y, eu não preciso de papel nenhum pra te falar. Eu vou te falar o perfil de todo mundo que mora na casa, das questões de saúde e nas questões sociais e relacionais. Eu acho que isso é conhecer os pacientes, muito mais que pegar uma ficha B e te falar dos medicamentos que eles tomam. Falta análise social dos dados para fazer políticas e trazer benefícios para os usuários, a informação só vai para o papel. Nas produções vão o número de diabéticos e hipertensos do município, mas o que eles dizem sobre a condição e as necessidades das pessoas? Isso (as produções) só servem para vir verba. Por que eles (governo, gestão) não pegam todas essas informações e transformam em ações? A própria palavra diz” [fala de ACS].

A fala dos ACS's reflete não somente como eles veem a utilização de toda a informação que eles coletam no trabalho, mas principalmente como a obrigatoriedade de múltiplos questionários e o número mínimo de produção afetam a qualidade do atendimento às famílias. Esta opinião é compartilhada pela grande maioria dos ACS's do município. Nós participamos de alguns grupos de ACS's durante o período observacional nos dias de fechamento das produções e a principal

queixa era o excesso de papéis, a necessidade de preenchimento periódico de fichas que não tem alteração de um mês para outro, ou de fichas de famílias que não utilizam a unidade de saúde e mal recebem o profissional. O apontamento é claro, eles questionavam, muitas vezes a mim: “como nós vamos fazer um trabalho direito? Uma visita com tempo, dando atenção ao paciente com esse monte de papel para preencher?”.

Ao priorizar o excesso formulários em detrimento do conhecimento dos ACS gerado pelo vínculo, perde-se aí boa parte do potencial da comunicação. A interação e a possibilidade de perceber e entender o outro no momento da visita se fragiliza. Como vimos em Goffman (2002) é na interação que se percebem os interesses, comportamentos, a construção das relações e das ações que tornam a ESF uma estrutura institucional de atendimento à saúde.

Em sua pesquisa com ACS's no Rio de Janeiro, Abrunhosa (2011) teve resultados semelhantes ao questionar os ACS's sobre o trabalho com as fichas e os sistemas de informação. Os profissionais entrevistados também relataram que o número de fichas é muito grande e que a burocratização do processo impedem visitas de maior qualidade. Ou seja, neste estudo também ficou evidente como o interesse é muito mais no número de produções do que na real situação de saúde da população. “A preocupação maior da ESF em relação ao Siab se concentra no preenchimento das fichas no cotidiano do trabalho e não na análise das informações que ele é capaz de fornecer” (FREITAS e PINTO, 2005, apud ABRUNHOSA, 2011).

Os demais profissionais da equipe entrevistados em Brumadinho também compartilham de opinião parecida em relação às produções e encaminhamento de dados e informações:

A maior parte destes papéis que preenchemos é só para produção e provar o que está sendo feito, não leva nada a lugar nenhum. Tenho um exemplo de uma ficha de produção dos ACS que eu achei que a coordenação verificava, e uma vez eu fiz diferente, calculei a ficha por número de visitas por ACS e uma delas fez quatro visitas/dia e não atingiu a meta, mandei todos os dados separados (antes ia o número global), aí eles conseguiram perceber que a produção desta ACS estava baixa e ascendeu um alerta. Era um trabalho que deveria ter sido feito lá e eles só perceberam porque tive o trabalho de compilar os dados. Isso vai direto pra digitação, a coordenação mesmo não

olha. As informações vão para preencher a produção do município e comprovar o que ele está fazendo. Mas por exemplo se há algum erro e cai alguma informação sobre algo de um indicador que está pactuado ou de notificação compulsória, ai eles veem. Tem mais visibilidade o que é mais cobrado e que pode trazer alguma penalidade para o município, como a mortalidade infantil. A preocupação é maior com o número do que as informações que os dados trazem em relação à situação do programa e das famílias [fala de enfermeiro].

A ESF apesar de ter uma estrutura capaz de coletar e evidenciar as mais diversas informações se tornou excessivamente burocrática, escondendo dados essenciais para implementos das políticas da atenção básica e outras intersetoriais. “Esta forma de expressar a situação de saúde das comunidades pode mascarar a própria realidade da comunidade e de cada unidade de saúde, não mostrando o que realmente acontece nesses espaços” (Abrunhosa, 2011).

Outra questão relevante é em relação ao ACS, ele é a principal fonte de informação para o trabalho da equipe. Em Brumadinho os profissionais entrevistados falaram com segurança da importância deste profissional para o funcionamento da ESF, principalmente na alimentação das informações para o atendimento e produção:

“Eu acho que o ACS é principal, é o agente que forma o elo entre a equipe e os usuários. Ele traz todas as informações do usuário para dentro da ESF. Nós temos muitos usuários que frequentam pouco a unidade, mas eu tenho tantas informações através do ACS que mesmo se ele viesse todo dia eu saberia, sem o ACS eu não saberia” [fala de enfermeiro].

“Eu me baseio nas informações que os ACS trazem para fazer meu trabalho. Eles são a base, um instrumento informativo que a gente tem” [fala de Médico].

Pelas falas dos profissionais é possível identificar como a informação é fundamental para o funcionamento da ESF, mas por outro lado, como relatam os ACS's, o excesso de informações e o não aproveitamento delas causam problemas

no processo de trabalho, na comunicação com o usuário e no planejamento de ações para população. O excesso de formulários, por exemplo, dificulta a visita dos ACS e, segundo eles, boa parte contem dados repetitivos que não precisariam de preenchimento mensal, ou seja, influencia no tempo de interação da visita e no modo como ela é feita, perde-se qualidade em detrimento da produção. Outro fator importante é que o não aproveitamento das informações impede a gestão e o planejamento mais efetivo e real do trabalho bem como de ações de promoção, prevenção ou até mesmo intervenções intersetoriais diretamente ligadas a ATB.

A informação na ESF é toda concentrada no SIAB, sistema de informação criado para monitorar todos os dados oriundos das equipes, subsidiando a avaliação do que está sendo realizado e possibilitando o planejamento de ações geradoras de melhorias para as condições de vida e saúde da população. O nosso trabalho de campo, assim como o de Thaines et al (2009) comprovam que isto não acontece na realidade. Exceto pela própria equipe, que tem conhecimento e utiliza no trabalho cotidiano, as informações da comunidade quando ascendem a outros níveis, com a coordenação, gestão e até mesmo ao SIAB, vão se tornando cada vez mais invisíveis e não trazem melhorias na assistência e nem nos determinantes e condicionantes sociais da saúde (Thaines et al, 2009).

Isso é perceptível para os agentes de saúde mais engajados, e demonstra como a informação é negligenciada e não volta como ações para o serviço e principalmente para população:

“Falta muito a análise social dos dados para fazer políticas e trazer benefícios para os usuários, a informação só vai para o papel. Mas quando você se dispõe a mudar você consegue fazer uma diferença, isso tinha que funcionar no Brasil inteiro, pois o SUS é para todos. Quantas vezes numa visita o ACS descobre que o paciente precisa de alimento, de roupa, de sapato. E aí será que eu só vou descobrir? Não, eu tenho que agir, eu tenho que correr atrás, ir na assistência social, no Creas e lá também precisa funcionar, não adianta passar para frente, tem que resolver. Eu faço campanhas, peço dinheiro para fazer exames que não são cobertos pelo SUS, peço roupa, agasalho e etc. Quando as pessoas me veem elas já pensam, lá vem a pidona” [fala de ACS].

5.3 Comunicação: as interações na ESF

Ao observarmos a ESF como estrutura de comunicação percebemos várias questões do cotidiano das equipes. As relações dos usuários com as equipes, a relação do ACS com o usuário, a relação da equipe com o ACS e da equipe entre si e com os demais níveis de atenção emerge questões importantes em relação aos contextos e às interações. A eSF, como vimos no tópico anterior, baseia-se num leque de informações para prestar assistência e atendimento. Por sua vez estas informações só circulam quando existe comunicação, ou seja, a equipe precisa de comunicação para realização das ações e para se constituir como equipe, Goffman (2002) afirma:

Uma equipe, por conseguinte, pode ser definida como um conjunto de indivíduos cuja íntima cooperação é necessária, para ser mantida uma determinada definição projetada da situação. Uma equipe é um grupo, mas não um grupo em relação a uma estrutura ou organização social, e sim em relação a uma interação, ou série de interações, na qual é mantida a definição apropriada da situação (Goffman, 2002).

5.3.1 Comunicação entre equipe e usuários

Nas observações e nas entrevistas percebemos o ACS como um dos atores mais importantes no processo de comunicação nas equipes, principalmente no que tange à coleta e circulação dos dados. O ACS é o profissional que primeiro cria vínculo, muitas vezes por já fazer parte da comunidade. A possibilidade da criação do vínculo facilita a interação e a coleta de informações, uma vez que os usuários já habituados com o profissional, e isso se aplica aos demais membros da equipe, tendem a representar menos um papel e se abrem para o diálogo, permitindo que os profissionais tenham acesso a dados e informações importantes sobre ele (Goffman, 2002).

Podemos reafirmar a existência e a importância do vínculo com o ACS nas falas:

“Se faltasse o ACS seria bem mais complicado para eles (equipe), pois a gente é o elo, a gente vai na casa e traz as informações aqui para unidade” [fala de ACS].

“O ACS é a porta de entrada, ele é o principal que tem no PSF. Ele que sabe tudo do paciente, ele que está 8 horas agarrado na população. A população conta tudo pra gente, desabafa, não é só doença, eles expõem outros problemas pra gente. Sem o ACS o trabalho não seria possível, pois trazemos muitas informações” [fala de ACS].

“Eu acho minha relação com a eSF boa, eu não reclamo não. A ACS ajuda muito, eu tenho ela como uma filha, ela me auxilia em todos os sentidos, fisicamente e mentalmente. Eu gosto muito. Nós duas combinamos demais, no papo de amiga e no papo de saúde. Ela me traz muita informação boa, é muito comunicativa, tem calma, tem cabeça boa. Ela atende todo mundo do mesmo jeito, seja velho ou novo. É muito boa a visita dela, eu gosto. A minha vizinha também gosta muito da visita dela” [fala de usuário].

“Criamos um vínculo com o ACS, se a gente não pede, não fala muita coisa e fica mais introspectivo, eles também ficam. Mas com o tempo você pega confiança, aí quando você precisa, você pede e é atendido, eu até desabafo quando estou com muitos problemas, como foi o caso da minha gravidez. Tenho amizade com a minha ACS. Eu tenho vizinhos que gostariam que o ACS fossem mais vezes na casa deles, eu acho que é o amor, o carinho, porque dão atenção. Porque eu acho que só chegar entrar, falar e ir embora não adianta. Mas eles chegam, conversam, dão atenção e isso faz a diferença e cria o vínculo e torna o serviço bom” [fala de usuário].

O trabalho do ACS não consiste puramente na coleta de dados, como vimos nas falas ele precisa criar vínculo e estabelecer uma relação de confiança com os usuários. Para isso são necessárias estratégias de comunicação, que muitos desenvolvem no cotidiano a partir da observação do contexto e da empatia no trabalho. Araújo (2004) afirma que este tipo de comunicação, tal qual mercado simbólico, exige a interlocução e o fazer sentido para o outro. As ações do ACS vão

de encontro a uma nova perspectiva comunicacional que foge aos padrões verticais da comunicação. As relações mais horizontais permitem o estreitamento do vínculo e possibilitam que as informações circulem, sejam apreendidas, tornando os sujeitos participantes ativos do processo (Araújo, 2004).

Os ACS percebem os contextos e criam meios de interagir a partir deles:

“Acho que a maneira de agir, a forma de falar, o vínculo. Eu acho que o diálogo é fundamental, nem encartes funcionam bem, eu tenho que explicar tudo, e se eu só deixar um informativo eles me ligam e perguntam, então tem que ter diálogo, conversar. A informação é a do falar mesmo” [fala de ACS].

“Quando eu pego a capacitação, a informação e transformo num dito popular, em que as pessoas entendem realmente o que eu estou falando, porque eu gosto de chocar meus pacientes. Eu pego o diabetes como exemplo, e aí eu sei que dependendo do nível da diabetes, pode ter que amputar um membro, aí eu viro para o paciente e digo, você quer perder um pé? Um braço? Quer ficar cego? Tem que fazer o tratamento. Eu encorajo as pessoas a fazer o tratamento de forma mais alarmante, pois é assim que as pessoas entendem. Se eu pegar a figura de um paciente que amputou o pé, vai surgir muito mais efeito do que eu falar” [fala de ACS].

Goffman (2002) afirma que a dramatização, recursos mais agressivos e expressivos são necessários na interação quando há finalidade de fazer sentido para o outro e assim mobilizá-lo. Dessa forma ele se expressa e se torna parte do processo comunicativo. E não só os ACS utilizam deste recurso, mas outros membros da equipe:

“Às vezes eu deixo até o paciente com medo, pois enquanto o paciente não entender a gravidade da questão que ele traz, ele não vai querer tratar. Que usuário vai querer que o colesterol fique bom, se ele mesmo quando alto não traz nenhum sintoma para o paciente? E às vezes para me fazer entender tenho que ser um pouco mais agressiva na maneira de transmitir a informação” [fala de enfermeiro].

Os profissionais vão descobrindo formas de se comunicar e estabelecer vínculo à medida que vão convivendo cotidianamente com os pacientes, até mesmo com os mais difíceis e mesmo sem capacitação, percebem os contextos e criam sua própria maneira de se comunicar:

“Os vínculos são criados através do dia a dia, dos grupos, das intervenções, através do acolhimento na unidade, na visita domiciliar. Quanto melhor o atendimento e a conversa, mais vínculo cria. Quanto mais você leva conhecimento para a população e quanto mais você atende, eles se tornam mais próximos, melhorando o vínculo” [fala de enfermeiro].

Eles me tratam como se fosse da família, não só como se fosse ACS. Tem um idoso que é cardíaco, diabético, hipertenso, então tudo sou eu que resolvo pra ele, tem uma outra que é obesa e eu resolvo tudo pra ela. Eles me chamam de anjo protetor. Os mais difíceis pra gente ter aproximação são usuários de drogas, pois eles têm medo que você vá entregá-los, eles acham que você está vigiando o que eles estão fazendo. Depois que cria o vínculo acabou, é só você que entra ali no meio deles, não aceitam ninguém. Na minha área tem bastante viciados, e foi o meu jeito que fez com que eu conseguisse me aproximar deles. Tudo com simplicidade, a gente não deve interferir na vida pessoal deles, cada um deve levar a vida da maneira que achar melhor. Nós estamos ali pra mostrar pra eles a saúde e não entrar na particularidade deles. Já tivemos capacitação sobre drogas, a gente conversa com eles, tenta abordar, alguns falam que é por causa de problema familiar, que tá naquele mundo e não quer mudar, que não quer sair. E quando eles estão sob efeito a gente evita pois é perigoso pra gente [fala de ACS].

“Eu tento me comunicar com as pessoas de forma bem simples. Quando você é humilde, consegue chegar mais no coração das pessoas e na mente também. Eu também gosto de me colocar sempre no lugar do outro, o que eu não quero pra mim eu também não quero para meus pacientes. E saber perdoar, pois as vezes eles te tratam tão mal, mas pode ser que eles estão com algum problema e ai você vai chegando com jeitinho e eles costumam desabafar, as vezes é o dinheiro que não está dando, outras vezes é o filho

que usa drogas, a filha que não obedece... à primeira vista você é maltratado, mas quando você dá uma chance para a pessoa ir desabafando e confiando na gente, vamos descobrindo coisas e que podemos ajudar invés de brigar porque fui maltratada” [fala de ACS].

Esta ACS dá um exemplo forte da importância da criação do vínculo a partir de estratégias de comunicação, além de reforçar a relevância das visitas domiciliares:

“Na minha área, quando comecei, eu conheci uma senhora viúva, que tinha um filho deficiente mental, uma filha que a humilhava muito e outro que era alcoólatra e usuário de drogas. A glicose dela era altíssima, ela tomava remédio e não baixava. Eu comecei a ficar encucada, porque eu pensei, como os medicamentos não fazem efeito? E ela era muito difícil, muito ignorante, ela não gostava de dar brecha na conversa. Eu vi que ali minha presença era necessária, e aos poucos eu fui chegando e ela começou a se abrir comigo: eu descobri que o filho usuário de drogas desrespeitava ela sexualmente. Quando outros irmãos não estavam em casa ele queria a todo custo manter relações sexuais com ela. Ao contar ela chorou muito e eu falei logo que tínhamos que denunciar ele pra polícia. Fui embora e voltei numa outra ocasião, orientei tudo que ela tinha que fazer junto à justiça pra tirar ele de casa. E assim ela fez, conseguiu a tirá-lo de casa, a glicose melhorou e ela se tornou outra pessoa. Infelizmente ela teve outras doenças e acabou falecendo um tempo depois que a vida começou a melhorar, mas eu fiquei feliz, pois eu dei a oportunidade dela sentir o sabor de uma vida melhor, com a chance de resolver o problema. Cheguei a ser ameaçada de morte por este filho, mas felizmente estou aqui para te contar esta história” [fala de ACS].

Oliveira (2002) salienta a importância da sensibilidade dos profissionais das equipes em perceber os contextos em que estão inseridos, fazendo da ausculta uma ferramenta para a criação de relações de comunicação mais horizontais, concatenadas com os objetivos reais da ESF.

Muitas informações que são a base da eSF existem pela criação do vínculo e a visita domiciliar é um fator fundamental para que isto aconteça. Os usuários

podem até tentar confundir os profissionais transmitindo as informações por meios cênicos, contudo, não há oportunidade de esconder as situações que o cenário, ou seja, a casa, o contexto familiar vai demonstrar, como por exemplo: uma mãe que leva o filho na unidade relatando problemas asmáticos pode dizer na consulta que mantém a casa limpa, as cortinas lavadas, que não há mofo ou pelos de animais, contudo, numa visita domiciliar se isso não for verdade ficará evidente para o profissional que esta criança vive num ambiente propício a problemas asmáticos e se não houver intervenção, mudança de comportamento, o tratamento médico pouco ajudará (Goffman, 2002).

As pessoas recebem muito bem, nós respeitamos o máximo o tempo, a casa, o lar, a gente entra com todo o respeito, com a permissão e na maioria das vezes eles que solicitam a visita. Dentro da casa você tem uma outra visão, das relações familiares, da organização casa, coisas que aqui na unidade você não consegue ver. Isso ajuda demais, para conhecer a pessoa, às vezes você está martelando o problema de um paciente que vem no consultório de forma recorrente e com uma visita você consegue entender a causa do problema. Isso muda a abordagem e comunicação, faz compreender melhor e traçar um diagnóstico mais eficiente [fala de médico].

“Além das consultas eu faço grupo de gestante e quando eu descobri que fiquei grávida eu vim aqui conversar com a enfermeira e ela me ajudou muito, tirou todas as minhas dúvidas, pois quando você está grávida tem um monte de coisas que você não pode fazer. Foi importante contar com ela aqui, você precisa ter um lugar ou alguma pessoa pra te orientar e aqui eu tenho acesso a isso” [fala de usuário].

A confiança de uma pessoa em outra, como vimos nas falas dos profissionais e usuários, faz com que as relações e a troca de informações aconteça também por consideração e amizade. Mesmo nos momentos em que o profissional tem que estar a ouvidos e prestando atenção na fala dos usuários, estes agem de forma a torná-los confidentes, talvez como meio de manter suas informações em segredo (Goffman, 2002). Um exemplo são os pacientes usuários de drogas ilícitas, num primeiro momento eles negam o uso, mas à medida que a confiança se

estabelece eles confidenciam para o profissional acreditando que este é um segredo que não sairá do domicílio. E como estes há outros exemplos, como a vergonha de expor uma doença venérea ou ferimento nas genitais, o usuário pode demorar muito para confessar o problema e quando a confiança se estabelece ele acredita que será ajudado e que seu segredo será mantido. Só o processo de interação permite estas percepções e a maneira como a comunicação se efetiva vai influenciar diretamente no diagnóstico e tratamento precoce.

O ACS é um grande elo entre população, mas toda a equipe influencia nas relações de comunicação com os usuários. Para os profissionais responsáveis pelas unidades, a forma de acolhimento da equipe, seja do ACS, do recepcionista, técnico, do enfermeiro e do médico são determinantes para o sucesso da criação do vínculo com usuário. Conforme afirma Araújo (2009) os contextos são importantíssimos na comunicação. A capacidade de se comunicar está atrelada a capacidade de contextualizar e na ESF isto é necessário a todos os profissionais, já que as experiências dos usuários com os programas de saúde, também determinam seu agir nas interações.

Durante o período observação foi possível perceber alguns conflitos entre equipe e usuários na recepção das unidades. Os principais fatores de conflito são: a falta de informação sobre a eSF, horários, demanda e fluxos; a outra é a forma de abordagem dos profissionais, que muitas vezes não estão preparados ou capacitados para as funções, isso acontece em todos os níveis. Até mesmo no trabalho do ACS, uma abordagem sem contexto e distante da realidade, o não saber explicar os motivos do não, pode levar o usuário ao descrédito do serviço. Isso reforça nossa convicção sobre a importância da capacitação, consideração dos contextos e abordagens horizontais para as relações de comunicação nas equipes.

“Já ocorreram situações, com nessa em que tivemos muito trabalho para recuperar o vínculo de um usuário da zona rural, idoso, restrito, que dependia da visita da médica. E por que isso? A família teve um mau atendimento com o ACS e não conseguiu o que precisava, quando o médico foi a primeira vez a família expulsou o médico da casa. Tem relato no prontuário e tudo mais, secretaria e ouvidoria ficaram sabendo. Hoje nós conseguimos criar vínculo novamente. Mas porque nós fizemos um trabalho com o paciente e principalmente com a família. Nós temos muito cuidado aqui para evitar

problemas. Eu tenho agente que me traz relato de encontrar dificuldades na visita na casa dos usuários porque veio na unidade e não foi bem atendido, porque riram da cara dele, trataram mal, não tiveram paciência, ou não explicou os documentos que precisava e fez o paciente voltar várias vezes ao posto, então sim, um membro pode prejudicar o trabalho de toda a equipe, na nossa equipe mesmo a recepção é um problema, sempre tenho conflitos que ocasionados pela forma com que ela trata os pacientes, mas é uma indicação política, eu não tenho poder trocá-la” [fala de enfermeiro].

“Existem os pacientes que não nos deixam chegar neles. Eles costumam descontar na gente as frustrações que eles tem com a equipe quando a gente vai na casa. Eu procuro deixar claro que meu trabalho depende da minha equipe sim, mas muitas vezes não. Não tem a ver o trabalho que vou fazer na casa com a raiva que eles passam no dia a dia na unidade. Eu procuro dizer que tem limitações, que tem agenda, que nem tudo pode ser do jeito deles, que eles tem que entender” [fala de ACS].

“Eu tive problema com uma ACS aqui só que ouvi dizer até que a população falou em bater nela. A forma com que a pessoa se comunica e o fato das pessoas já se conhecerem, as vezes gera uma antipatia anterior até mesmo as relações do trabalho. Pessoas que não gostam de outras, mesmo antes dela ser ACS” [fala de enfermeiro].

Entre os usuários entrevistados não foram relatados problemas em relação à visita do ACS ou dos demais profissionais. Os quatro usuários estão satisfeitos com as relações de comunicação e informação estabelecidas com a equipe. Os profissionais atribuem à forma de comunicação como principal fator na construção das relações das equipes com os usuários, sendo esta uma responsabilidade de toda a equipe, não somente dos ACS. Nas quatro equipes estudadas foi possível perceber que a relação e o vínculo entre profissionais e usuários é muito boa. A população adstrita destas unidades é mais dependente do sistema, tanto é que estão entre as equipes com maior número populacional.

“Eu estou neste posto desde 2001, eu fiz puericultura da maioria das meninas que estão adolescendo agora. A gente acompanhou desde cedo. A relação dos usuários com os ACS é ótima. O grau de confiança da população é muito grande na equipe. Muitas equipes têm dificuldades com usuários e aqui nós já superamos muitos deles, já temos outro nível mais maduro de relação. Já vencemos os percalços iniciais” [fala de médico].

Nas visitas domiciliares que realizamos com o ACS percebemos a confiança e vínculo dos usuários com o profissional. Em todas as casas entramos sem bater, a ACS só avisava com um grito quem era e que estava entrando levando visita. Em todas as 07 visitas fomos bem recebidos. Todos os usuários pararam seus afazeres para conversar e contar histórias, inclusive da sua relação com a unidade e problemas de saúde e familiares. As visitas foram realizadas com públicos heterogêneos e incluíram: diabéticos, hipertensos, portadores de deficiência física, auditiva, alcoólatras e portadores de sofrimento mental. Nestes cenários foi possível perceber o quanto a comunicação deve ser contextualizada para os públicos das equipes, em cada cenário, uma história e em cada história uma necessidade de saúde e de comunicação diferente.

Questionados sobre o que poderia melhorar a comunicação com os usuários, a maioria dos profissionais disse que é a capacitação, formação para lidar com o público, saber ouvir, o jeito de falar, o acesso a informações e também, no caso do ACS a flexibilização do horário.

“Temos que sair dessa coisa de horário, se nós precisamos ter 95% de acompanhamento, isso independe do horário que vamos trabalhar. Ficamos agarrados nesse horário de 7 as 16. Eu tenho que mostrar produção não é mesmo? Então é muito mais importante eu ter a minha forma de trabalhar com horário que eu achar que é mais conveniente e dar conta, realmente, de acompanhar as minhas famílias. Eu comecei a ir nas casas às 6 da manhã, depois das 17, das 18. Quando eu ia numa casa e nunca encontrava ninguém, eu procurava saber dos horários. Já consegui ajudar um paciente que nunca tinha recebido visita do ACS a diagnosticar um câncer, justamente porque fui na casa de as 6 da manhã, ele e a mulher ficaram emocionados, pois nunca tinham recebido a visita e se não fosse

por ela, ele poderia ter sofrido mais com a doença. Tem muita gente que eu vejo fechando produção com 80 casas fechadas porque só trabalham de 7 as 16, então é muito melhor fazer do jeito que eu faço, não é mesmo? Pena que não é reconhecido [fala de ACS].

Não houve oportunidade de entrevistar usuários que não recebem o ACS, e esse não era o foco da pesquisa, contudo, segundo os profissionais de Brumadinho a grande maioria que não recebe a visita tem convênio de saúde. Segundo eles, nas unidades estudadas a parcela de usuários que não usam os serviços da ESF e que não recebem bem o ACS é muito pequena, tendo inclusive diminuído nos últimos meses devido a demissões nas mineradoras, que são boa parte da economia do município.

5.3.2 A comunicação entre os membros da equipe e as relações com a gestão:

As relações interpessoais na equipe também são fundamentais na ESF. É a partir delas que as informações oriundas dos usuários e dos mais diversos cenários da comunidade, circula entre os profissionais e possibilitam o levantamento de estratégias para assistência e da construção de diagnósticos para casos complicados que excedem uma simples consulta médica.

Para os profissionais das equipes que fazem parte deste estudo, nas unidades a relação entre a equipe é considerada boa, segundo eles são poucas as dificuldades de comunicação com os membros das equipes. Embora alguns ACS's relatem não se acharem valorizados tal qual deveriam pelo Estado e até mesmo que chegaram a sofrer discriminação por outros membros da equipe, eles se veem como membros importantes e tem bom relacionamento na eSF, principalmente com médicos e enfermeiros.

“Minha relação com a equipe é boa. Sou ouvida! Trago as informações dos pacientes para a enfermeira e o médico, eles fazem visita comigo quando precisa. Com a coordenação nós não temos vínculo não, a gente passa as

coisas pro enfermeiro e o enfermeiro que passa pra coordenação” [fala de ACS]

“A relação com todos os profissionais da equipe é boa. Eu acho que sou valorizada aqui na equipe. Não tenho dificuldade de comunicação. Se eu tiver algum problema de alguma casa e a equipe me escuta e a gente tenta resolver os problemas. Nunca ouvi falar de problemas em relação a dificuldades do ACS aqui na unidade, todos são ouvidos [fala de ACS].

“A troca de informação na equipe é muito boa, nem sempre temos tempo de parar para fazer reunião, mas a reunião é feita em todos os momentos, sempre que precisa, paramos pra discutir juntos os casos, eu a enfermeira, o ACS, os técnicos, tentamos discutir naquele momento para resolver a demanda” [fala de médico].

“Eu consigo ter interação de acordo com o perfil do funcionário. Nós conseguimos articular bem as reuniões de equipe nas sextas-feiras. Ou sempre que a gente detecta algum problema. Às vezes antes de iniciar a jornada, logo de manhã eu sento com eles e discuto a questão. Quando eu detecto problema com a área técnica a gente senta com eles, e não sentamos só com um, mas com todos. Não sei se você já percebeu, mas em todo problema são vários envolvidos. Eu acho que a comunicação é muito boa, exceto por problemas de imaturidade de alguns funcionários” [fala de enfermeiro].

Por meio das falas dos quatro profissionais, um de cada equipe, é possível que no geral não há muitas dificuldades na interação entre equipe no cotidiano. A comunicação entre os membros da equipe é fundamental. Se a informação do grupo for recusada a algum membro da equipe, ele pode sentir que não faz parte dela, além de não saber que posição tomar diante que algum problema que surja na eSF (Goffman, 2002).

Para tanto as reuniões de equipes com todos os membros são muito importantes. Nas quatro equipes da pesquisa não foram detectados problemas nesta

ótica, mas é uma realidade que difere de muitas outras eSF's, até mesmo no município, como nos aponta a fala do gestor:

“Outra coisa que eu falo sempre nas reuniões de equipe, tentar mostrar o quanto os profissionais podem extrair da visita do ACS, pois é ele que está dentro da casa e sabe de toda a realidade. Ele sabe se o paciente está todo dia com bronquite e se nessa casa tem de gato, cachorro ou galinha dentro da casa e aí, como você vai trabalhar? Só vai dar medicamento? Não, tem que ter uma orientação ali, que animal é fora da casa, que ele vai ter que lavar as cortinas, que o ideal é nem ter cortina, que bata sol, que não pode ter tapete. São informações que a gente não valoriza tanto, mas que precisam ser valorizadas. Quando eu comecei aqui, vi que o ACS não fazia parte da reunião das equipes e eu cobre muito: Como se chama isso aqui? Reunião de equipe, cadê o ACS? Como que o ACS não está aqui, vocês estão aqui pra falar de quê? Quem está trazendo essas informações pra vocês?” [fala de gestor]

Em alguns relatos, mesmo quando os encontram dificuldades, os ACS desenvolvem outras estratégias para serem ouvidos.

“Quando eu peço algo na equipe e recebo não, eu fico duas horas gastando saliva, mesmo que não seja do fluxo da ESF, digo que é melhor fazer isso do que deixar o paciente adoecer e ficar pior. Então eu não ligo de ser chata porque eu estou conseguindo resolver e diagnosticar uma doença que se não fosse assim só apareceria quando estivesse bem pior. Então eu mantenho minhas relações aqui na equipe mais campo profissional, pois assim se alguém falar que eu sou chata, eu não vou ligar, mas se for um amigo eu vou sofrer. Eu encaro tudo de forma profissional. Quando eu não sou ouvida, eu me faço ouvir. Quando eu acho que um paciente precisa muito eu vou até o fim pra conseguir. Eu já passei finais de semana escrevendo cartas para membros da equipe. Às vezes o ACS precisa descobrir a melhor de chegar em quem eles querem que ouçam a voz deles. Mas no geral a equipe escuta todos os ACS [fala de ACS].”

Estas estratégias costumam ir para além da responsabilidade oficial do trabalho, no intuito para desenvolver suas ações e práticas interativas. Sabemos que isso varia muito em relação ao perfil dos profissionais, mas encontramos relatos semelhantes em outros estudos que reconhecem essas habilidades no ACS:

É interessante comentar que, nas equipes nas quais observamos maior predomínio de formas de comunicação verticais e autoritárias, os ACS tendem a adotar suas próprias estratégias de enfrentamento, percebidas pelos demais membros da equipe como alienação ou descompromisso, frequentemente mencionadas para justificar a pouca participação desses profissionais (Cardoso; Nascimento, 2010).

Araújo e Cardoso (2007) afirmam que um dos desafios a serem vencidos nos serviços de saúde é relação ao poder de fala. Alguns profissionais, neste caso os ACS, por estarem em posições consideradas periféricas no contexto da equipe encontram dificuldade na interlocução. Contudo, em Brumadinho é possível perceber que, nas unidades estudadas, houve um grande avanço neste processo, uma vez que as informações são frequentemente discutidas e partilhadas entre todos os profissionais.

Em contrapartida, alguns profissionais afirmaram ter dificuldade de diálogo com a gestão e afirmam que isso é um problema evidente e recorrente, inclusive em relação ao falar e ser ouvido das reuniões:

“Eu acho que a forma que a gente se comunica com a gestão é muito informal para assuntos que às vezes são sérios. Nós temos um grupo no whatsapp em que participam todos os enfermeiros da rede e a coordenação, mas nem sempre eu tenho sinal de wi-fi aqui. Às vezes eles precisam de algo e eu não consigo resolver em tempo hábil, nem sempre consigo contato, nem telefônico, quando eu preciso de alguma coisa. Antigamente tínhamos reunião com a secretaria de saúde com muito mais frequência e de um tempo pra cá isso acabou. Muitas vezes quando tem reunião é para cobrar, informar falhas, chamar atenção da equipe, solicitar mais demandas, repassar novos serviços...” [fala de enfermeiro].

Para o gestor existe facilidade diálogo com os enfermeiros e o *whatsapp* é um facilitador:

“Eu tenho muita facilidade de diálogo com os enfermeiros e eles comigo. Conversamos muito até por whatsapp, principalmente em unidades em que o telefone não pega. Existem PSF’s em que eu não tenho comunicação, local entre as serras que não pega nada, tem quer ser quase sinal de fumaça, mas com o whatsapp a gente consegue. A informação circula bem, mas às vezes falta na enfermeira a percepção de trazer alguma coisa para nos possamos resolver, talvez ela já se sinta na posição de assumir aquilo para ela, ela mesmo resolver. E quando chega no gestor, já está um problema grave, que precisa ser resolvido de imediato” [fala de gestor].

“A gestão oferece pouco diálogo. Eles nos cobram determinadas coisas e nós temos que cumprir e fica por isso mesmo. Num tempo de crise então, as coisas são determinadas e nós temos que fazer sem uma contrapartida. Nem sempre o que a gente leva de informação ou necessidade no diálogo é importante para eles. Dizem: se vocês cobrirem isso aqui já está excelente, nem precisamos discutir essas outras coisas que vocês estão trazendo para nós, isso não é importante para a gente agora. Aqui (no município) cada equipe funciona de um jeito, não existe unidade entre as equipes, aquela troca importante de experiências entre uma equipe e outra não existe mais e isso a gestão deveria viabilizar” [fala de médico].

A unidade Tejuco ficou sem médico durante boa parte do nosso período, a médica do programa mais médicos foi para Cuba e resolveu não voltar. Os usuários procuravam saber notícias da médica todos os dias, ou se iria ter outro médico para atender. A equipe por sua vez não sabia o que responder, pois também não tinha essa informação da gestão. Isso gerou uma ansiedade na população, alguns usuários saíam esbravejando da unidade pela falta de informação.

“No tempo sem médico aqui foi difícil, pois as pessoas tinham que ir pra UPA. A população ficou meio brava de não ter médico e de não ter muita informação sobre, pois as pessoas vinham com esperança de ter um médico e chegava aqui não tinha resposta. Faltou informação por parte da secretaria

até mesmo para a equipe do posto poder dar uma resposta para a população. E os pacientes ficam bravos com a equipe” [fala de usuário].

As últimas falas tendem a demonstrar que, mesmo em Brumadinho com todas as suas características positivas em relação ao trabalho, ainda tem alguns desafios a enfrentar em relação comunicação vertical, pouco aberta ao diálogo e a escuta, que, segundo Araújo e Cardoso (2007) ainda é demasiadamente utilizada na saúde. A fala legitimada, oriunda principalmente de quem tem mais poder no momento da comunicação, silencia vozes importantes, por consequências diversas informações que poderiam melhorar a rotina de trabalho dos profissionais transformando-se em melhorias para a população.

Em contrapartida, o gestor da ESF também pontua algumas dificuldades no processo de comunicação com as equipes:

“Brumadinho tem uma extensão territorial muito grande, o número de trabalhadores na rede diminuiu muito, a gente tem o problema que o Brasil está passando, nós somos apenas duas pessoas para rodar muitas unidades. Na zona rural eu não consigo ir com frequência para fazer um contato mais direto, por causa da distância, eu gastaria uns três dias pra conseguir rodar em todas as unidades rurais. Na cidade é mais fácil, com um dia dá para visitar tudo. Eu peço para as meninas (enfermeiras) trazerem as questões para mim aqui, pois o ponto de partida e chegada do trabalho é aqui, é mais fácil. Falta por parte da equipe, detecção do que é importante estar passando para a população. Falta às enfermeiras poderem parar para olhar a resolução dos problemas, uma percepção de comunicação, elas não enxergam até onde vão dar conta. Não é falta de vontade ou má vontade. Converso muito sobre isso com elas, em visitas, telefones, reuniões. Quando tem algum problema mais sério a primeira coisa que elas fazem é me ligar. A informação dos problemas também chega pelos usuários, pelo prefeito. Brumadinho é uma cidade 100% política, pequena. Difícil de trabalhar. Chega no prefeito, depois no secretário e depois em mim na coordenação” [fala de gestor].

O Gestor também encontra dificuldades em relação a gestão da comunicação nas equipes, seja por contextos regionais, organização do trabalho e características das equipes. Há incomunicação nos processos de interação entre gestão e as equipes. Os processos comunicativos e informacionais precisam ser revisto de forma a tornar a comunicação mais horizontal e acessível, com maior ausculta, diálogo e descentralização de informações. Muitas vezes a prática comunicativa está enraizada em modelos hegemônicos e é preciso exercitar a interlocução, não é só “passar” a informação para o gestor, é discutir junto, de maneira mais participativa para que todos os atores envolvidos sintam-se considerados e ouvidos nas interações.

Mesmo as falas oficiais devem estar abertas a escuta, aos processos de interlocução em todas as posições hierárquicas da equipe e da gestão:

Deve-se notar que, assim como um membro de equipe tem de aguardar a palavra oficial antes de tomar sua posição, do mesmo modo a palavra oficial deve ser acessível a ele, a fim de que desempenhe sua parte na equipe e se sinta participante dela (Goffman, 2002).

A teoria do mercado simbólico reforça a necessidade de um novo modelo de comunicação para as políticas públicas, em especial às de saúde. No bojo das equipes em Brumadinho há uma variedade de contextos, interlocutores e discursos que circulam entre as comunidades, equipes e o nível central (gestão), ou seja, do centro para periferia e da periferia para o centro. Cada vez mais, as múltiplas vozes devem ser respeitadas, os contextos considerados, emissores e receptores atuando como interlocutores, numa comunicação horizontal. Os ACS são mediadores que dão voz as comunidades discursivas e estas vozes precisam circular nas equipes e chegar ao nível central, onde deve ser respeitada, analisada e transformada em intervenção e no planejamento de ações para melhoria das condições de acesso e saúde da população (Araújo, 2004).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A gente fala, mas nem sempre a pessoa compreende aquilo que a gente está querendo dizer, cada um entende de uma forma, mas eu acho que a gente tem que procurar ser o mais objetivo possível e com algumas pessoas eu não consigo me fazer entender” [fala de enfermeiro].

“Temos que mudar as regras bestas para melhorar o SUS, sair dessas burocracias, o mundo pede para abrimos nossas cabeças, precisamos de ousadia, de pessoas ousadas, ou então vamos continuar na mesmice. Temos que ser mais ouvidos. Muitas pessoas que são consideradas de nível baixo tem muitas ideias boas que poderiam mudar muitas coisas. Talvez a oportunidade de mudar o ambiente que vivemos” [fala de ACS].

Considerarei estas duas falas emblemáticas para concluir este trabalho. A primeira nos fala das dificuldades de comunicação enfrentadas no cotidiano e como se lançam como desafio para os profissionais de saúde, principalmente na ESF. A segunda traz o elemento SUS, política fundamental para a população brasileira, direito de cidadania, que emergiu de movimentos e participação popular e que a cada dia tem se perdido em processos burocráticos que fortalecem a comunicação vertical e não consideram os mais diversos contextos deste país tão desigual. O “temos que ser mais ouvidos” diz da necessidade de práticas comunicativas mais horizontais e dialogadas e como ela é fundamental para os serviços de saúde.

Neste estudo suscitamos a hipótese que a maneira como a comunicação se efetiva na Estratégia Saúde da Família é fator determinante para parte do seu

sucesso e para a consolidação das ações de promoção, prevenção e educação em saúde. Ao fim da discussão teórica e empírica, utilizando como bases referências na comunicação e informação em saúde, outras pesquisas com profissionais da ESF e todos os dados coletados nas observações e entrevistas em Brumadinho, confirmamos nossa hipótese e ratificamos a importância e relevância da comunicação e informação no trabalho das equipes.

E não estamos falando de qualquer comunicação, mas sim de práticas comunicativas que permitam interações, vínculos e afetos. Que promova participação, mobilização e que estas se transformem em informações circulantes para nortear decisões nas instâncias de gestão.

Ao optarmos por Brumadinho, escolhemos narrar a trajetória de um município ímpar, pioneiro, que construiu e incorporou a ESF partindo de processos democráticos e participativos em que a comunicação dialogada, horizontal é fundamental. O município incorporou a ESF à paisagem rural e urbana e principalmente, ao cotidiano das pessoas. Contudo, apesar das poucas queixas dos usuários em relação ao serviço, é perceptível que o envolvimento de boa parte destes ainda está muito aquém do que se espera da ESF.

Na observação e nas entrevistas verificamos que a população considera como boa a estrutura de saúde do município, principalmente se comparado aos municípios de maior porte. Nas salas de espera ouvi diversas vezes as pessoas comentando: “nós temos que agradecer, é difícil aqui, mas imagina se nós morássemos em Belo Horizonte ou no Rio de Janeiro?”.

Embora a avaliação seja positiva, a busca pela saúde ainda se baseia nas demandas espontâneas e curativas que abre pouco espaço para o trabalho comunicacional das equipes e uma necessidade de furar os fluxos quando o atendimento não é imediato. Neste sentido a policlínica municipal, com sua prática ambulatorial e curativa, entra em contradição com os princípios filosóficos e comunicacionais com o que a produz em relação à saúde da população.

O investimento comunicacional ainda é baixo, apesar do esforço dos profissionais, principalmente do agente comunitário de saúde que, em muitos casos, desdobra-se para conseguir estabelecer o vínculo nas relações com os usuários e efetivar o diálogo com a equipe, falta estrutura e vontade política. Os profissionais ingressam no serviço sem capacitação, sem entender e conhecer a realidade de

saúde do município e principalmente a natureza e os objetivos da ESF, muitas vezes não tem informação para munir as interações no dia a dia.

A motivação para o trabalho também esbarra nos processos estruturais e comunicacionais. A falta de um vínculo empregatício que dê mais segurança aos profissionais, as interferências políticas no processo de trabalho, as queixas sobre as dificuldades de estabelecer o diálogo de forma mais aberta com a gestão em relação às dificuldades cotidianas, além do excesso de demandas espontâneas desencadeado pela visão restrita dos usuários sobre a equipe estão entre os principais problemas da trajetória diária das eSF's no município.

Lembrando Araújo e Cardoso (2007) e Oliveira (2002) percebemos que ainda é desafio na saúde, aqui ESF, estabelecer processos de ausculta, diálogo e participação, principalmente nas relações internas, gestão e equipes. Na relação dos usuários, principalmente com o ACS é possível ver características mais horizontais de comunicação, próximas ao mercado simbólico proposto por Araújo (2004) em que os discursos periféricos circulam, neste caso, tomados como subsídio para o trabalho das equipes. Nas equipes estudadas as informações produzidas na interação com a população são, em sua maior parte, consideradas e utilizadas até mesmo para mudar a realidade social da comunidade, como alguns relatos do trabalho mostraram.

Embora isso aconteça no espaço de algumas equipes, infelizmente, fica evidente que o processo para aí. O grande número de informações produzidas pelas eSF's chega aos níveis centrais apenas como dados frio, produção. E a cobrança, cada dia maior, do preenchimento de cada vez mais formulários é simplesmente para provar que o trabalho está sendo feito e que, portanto, o município deve receber os recursos pactuados. Não há análise e nem retorno dos dados. Tudo que se produz, que poderia ser subsídio para o planejamento das ações e intervenção direta na qualidade e vida e saúde da população se perde em meio à burocracia e a visão quantitativa em detrimento da avaliação da qualidade do serviço.

Os ACS, maiores mediadores da relação equipe x usuários, muitas vezes, realizam trabalhos voluntários, que ultrapassam as suas funções formais para dar voz a pessoas e grupos na comunidade, como procurar o ministério público, pedir emprego para usuários recém-chegados, realizar visitas fora do horário de trabalho para encontrar as pessoas no domicílio, a fim de intervir na sua realidade em relação à saúde e bem estar. Nos relatos é possível perceber que enfermeiros também

assumem este papel de voluntários em certas situações, como utilizar do seu veículo próprio para levar usuários a outros níveis do serviço de saúde, pagar ou pedir doações para realização de exames, para garantir que o usuário tenha acesso e outras vezes para garantir que o problema detectado, seja resolvido, caso a ESF não o faça.

Cardoso e Nascimento (2010) concluem em sua pesquisa sobre a comunicação na ESF que todos os profissionais devem ser responsáveis por avaliar o programa e que as reuniões devem ser espaços colaborativos que permitam a troca de experiências e melhor relacionamento com a comunidade, priorizando o ACS no processo.

Ao representar para a comunidade predominantemente o lugar instituído dos serviços de saúde, os ACS tendem a ter como resposta dos moradores estratégias de enfrentamento e resistência. Captar as necessidades de cada um dos envolvidos requer dos profissionais abertura, escuta, estabelecimento de vínculo, laços de confiança, oferecendo possibilidade para a fala e para o diálogo, com compreensão empática das necessidades (Cardoso; Nascimento, 2010).

A estrutura política dos municípios brasileiros causa rupturas no programa, a influência de agentes políticos e de gestores fura fluxos, fragmenta vínculos, enfraquece tratamentos, dificulta a interação e contribui para a formação de usuários que procuram mais por assistencialismo do que a integração e participação no serviço de saúde de referência, no caso a ESF.

Concluimos que a ESF é, por natureza, uma estrutura de comunicação que faz o elo entre a comunidade e a política pública de saúde. A comunicação trabalha nos sentidos dos sujeitos, tem nos processos de interação a ferramenta para circular as informações e trabalhar a natureza de prevenção e promoção da saúde da ESF, o que na maioria das vezes não acontece, como vimos em Brumadinho. As equipes, por meio dos profissionais, esforça-se para trabalhar nessas frentes, mais ainda enfrenta grandes demandas espontâneas com atendimento baseado em práticas hegemônicas, com caráter curativo e centrado na doença, interferências políticas e baixo investimento da gestão no processo.

Estudos como este, quase inexistentes, demonstram a importância da comunicação na saúde e como os investimentos comunicacionais devem ser

frequentes para a melhoria das condições de saúde da população, para a qualidade do trabalho dos profissionais e efetividade das políticas públicas. Para isso é fundamental romper com os discursos hegemônicos, centrados nas falas centrais de gestores e profissionais com maior capital simbólico, e trabalhar para o fortalecimento de uma comunicação mais democrática, participativa e horizontal em que a escuta deve ser basilar na interação. O SUS é um campo fértil para a melhoria dos processos comunicacionais (campo da comunicação e saúde) e todos os percalços da sua trajetória precisam ser considerados, defendidos e publicizados na busca da saúde e comunicação participativas, como direito de cidadania.

Por fim, apontamos algumas questões como sugestões para melhoria da comunicação e a diminuição da incomunicação nas eSF's em Brumadinho e que podem também nortear mudanças em outros municípios e equipes espalhadas pelo país:

- Rever o vínculo empregatício dos profissionais. Um caminho operacional e legal seria a realização de processo seletivo ou concurso público. Isso pode melhorar a fixação e motivação/vínculo dos profissionais, além de possibilitar aproveitamento das capacitações;

- Realizar mais capacitações acerca do trabalho na ESF, o SUS e as práticas comunicativas. Melhorando assim, por consequência a educação permanente em saúde;

- Construir junto aos profissionais uma nova forma de realizar as reuniões, que privilegie a escuta. Realizar reuniões por meio de processos mais participativos, dando voz a todos os profissionais, principalmente o ACS. No caso da Reunião de coordenadores de equipe e Gestão da ESF, é necessário organizar uma nova agenda em que haja espaço de fala para as equipes e não somente como momento de transmissão de informações pelo gestor, como vem ocorrendo. Para a gestão esse é um momento muito importante para construção coletiva da organização do trabalho e deve ser valorizado;

- A Gestão precisa se organizar para estar mais presente nas equipes, por mais desafiante que seja atuar em município com grande extensão territorial e grande influência política, as equipes sentem falta de apoio do nível central em diversas questões. Notamos que, muitas vezes, o discurso é unilateral, em alguns momentos para resolver crises que poderiam ser evitadas com processos de trabalhos mais participativos anteriores, e isso deve ser revisto;

- Estudar uma proposta de flexibilização de horários para o ACS para que eles possam realizar seu trabalho de acordo com os contextos que identificarem em seus territórios;

- A Secretaria de Saúde do município deve estar atenta aos fluxos de atendimento do Centro de Especialidades – Policlínica, que muitas vezes sobrepõe-se aos protocolos da ESF. Quando a policlínica atende um usuário da ESF imediatamente ou sem encaminhamento da unidade básica, enfraquece a relação de vínculo com os profissionais da equipe, que se tornam “ruins” ao negar ou agendar algum procedimento que é cedido de imediato na policlínica. Além de fragmentar o acompanhamento do tratamento do usuário, principalmente em relação aos doentes crônicos que já têm uma rotina de assistência traçada pela eSF;

- A Secretaria de Saúde/Coordenação geral da ESF deve reavaliar as informações que transmite para equipes e população, para dar mais transparência ao processo. Uma equipe ficar sem médico durante 03 meses sem um comunicado oficial, parecer, perspectiva ou providências da secretaria de saúde quebra a organização do trabalho dos profissionais e causa ansiedade nos usuários. A equipe fica em má situação com a população, esta por sua vez fica descontente com o serviço e até mesmo revoltada com os profissionais e com o SUS;

- Os ACS devem defender sua valorização e aumentar sua voz nas equipes, traçando estratégias, buscando por mais qualificação, e acima de tudo efetivando seu papel de mediador entre comunidade e equipe, considerando as especificidades do seu território. Não devem se abater, mesmo que, por muitas vezes, sejam excluídos em meio aos demais profissionais. O ACS que realiza seu trabalho com dedicação, ouvindo as pessoas e sendo empáticos às suas necessidades podem ajudar muito na prevenção, promoção e na mudança do bem estar físico e social da sua comunidade;

- A coordenação deve priorizar, sempre que possível, o ingresso de ACS que resida em sua área de origem, conforme determina o programa. Percebemos que não é a realidade de todas as equipes;

- As equipes devem reavaliar a organização do tempo em meio às múltiplas demandas, a fim de realizar mais ações de prevenção e promoção da saúde. Fomentar os grupos, de risco, de educação em saúde, gestantes, adolescentes, crianças, homens e etc, isso também é uma maneira de escuta e interlocução com o território e com públicos que não procuram a unidade periodicamente. Uma

estratégia pode ser a habilitação de mais uma ou duas equipes de Núcleo de Apoio ao Saúde da Família - NASF, hoje o município conta somente com uma equipe que é insuficiente para atender toda a ESF, o próprio MS define número máximo de eSF's por NASF's. O caráter multiprofissional do NASF pode ajudar os enfermeiros a implementar estas atividades na unidade;

- As equipes precisam ter mais interlocução em si. A atuação de forma fragmentada contribui para dificuldades na comunicação, no estabelecimento de padrões e de unidade nas ações. A troca de experiências pode ajudar muito no dia a dia, inclusive em relação à condução do trabalho, estratégias de comunicação e reaplicação de experiências exitosas. A ESF Progresso, por exemplo, tem realizado mais eventos e ações de promoção e prevenção com seus usuários do que as demais estudadas, além disso, desenvolve ferramentas próprias para o trabalho, como cartilhas, cadernetas e murais informativos, feitos na própria unidade. Estas experiências devem circular no município e a gestão também deve estar atenta a isso para publicizar e incentivar que as demais sigam caminhos parecidos;

- Por fim, toda a equipe da Atenção Básica de Brumadinho deve se lembrar da importância de trabalhar em prol de uma comunicação mais horizontal, de mais escuta e diálogo, captando dados e informações que devem ir muito além do fechamento produção, mas que demonstre a realidade de saúde do município e que sirva como base para novos planos de governo, novas políticas e ações em benefício da população que tem se tornado cada vez mais dependente da Saúde Pública, principalmente em Municípios pequenos.

Esperamos, com esta dissertação, ter contribuído para reflexão e melhoria das práticas comunicativas na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família em Brumadinho e também para a ESF no Brasil. Afinal, a realidade no país se mostra muito mais desafiadora do que a encontrada no município. Com a pesquisa buscamos fortalecer o campo da Comunicação e Saúde de forma a possibilitar intervenção nas incomunicações do sistema. As questões suscitadas aqui abrem espaço para novos estudos com vistas a consolidar a comunicação, por meio das interações, como estratégia e ferramenta para a gestão, promoção e cuidado.

A Comunicação e todas as suas interfaces têm muito a contribuir para a construção de um SUS cada vez mais participativo, resolutivo e consolidado como principal política pública implantada no país.

REFERENCIAS:

ABRUNHOSA, M.A.. **A informação e a comunicação no trabalho do agente comunitário de saúde**. Dissertação (mestrado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde: Rio de Janeiro, 2011.

ARENDT, H. **A condição humana**. Tradução Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.

ARAUJO, C. A. A. Correntes teóricas da ciência da informação. **Ci. Inf.**, v. 38, n. 3, p. 192-204, set. /dez. 2009.

ARAUJO, I. S. e CARDOSO, J. M. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

ARAUJO, I.S. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, SP, v. 8/14, p. 165-178, 2004

ARAÚJO, I. S. ; **Contexts, mediations and production of meanings: a conceptual and methodological approach for communication and health**. RECIIS. Electronic journal of communication information and innovation in health (English edition. Online), v. 3, p. 42-50, 2009.

ARAÚJO, I. S. ; OLIVEIRA, V. C. **Comunicação e Mediações em Saúde: um olhar a partir do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde** (ICICT/Fiocruz). Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v.6, n.3, set., 2012. [DOI: 10.3395/reciis.v6i 3.584pt]

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **A reforma sanitária brasileira**. *Tema/Radis*, n. 11, p. 2–4, nov. 1988.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa: Difel, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006/2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/gm de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS)**. Brasília: Secretaria Executiva, 2001.

BORNSTEIN. V. J. **O agente comunitário de saúde na mediação de saberes**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

CÁ, N. F. C. **Análise da produção científica sobre avaliação do Programa da Saúde da Família Brasileiro**. Dissertação (mestrado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde: Rio de Janeiro, 2012.

CARDOSO, Cláudia Lins. **Relações Interpessoais na Equipe de Saúde da Família**. Revista APS, v.7, n.1, p.47-50, jan./jun. 2004.

CARDOSO, Andréia dos Santos e NASCIMENTO, Marilene Cabral do. **Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.1, pp. 1509-1520.

CARVALHO, Virgínia Donizete de; BORGES, Livia de Oliveira; REGO, Denise Pereira do. **Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social**. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2010, vol.30, n.1, pp. 146-161.

CARTA DE OTTAWA, Canadá, 17-21 de Novembro de 1986. Link << [pdf]>> Acesso em julho de 2015.

COELHO, Márcia Oliveira e JORGE, Maria Salete Bessa. **Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo**. *Ciênc. saúde coletiva*[online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1523-1531.

COSTA, M.P. *et al.* **Motivação dos profissionais para o ingresso e permanência na Estratégia Saúde da Família.** In: Convibra Saúde – Congresso Virtual Brasileiro de Educação, gestão e promoção da saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/66/2012_66_4274.pdf>>

Declaração de Alma-Ata, Cazaquistão, 12 de Setembro de 1978. Link<< [pdf]>> Acesso em julho de 2015.

DINIZ, Berenice Freitas. **Comunicação, Informação e Controle Social no Sistema Único de Saúde: Um estudo em dois municípios da região metropolitana de Belo Horizonte MG.** Dissertação (mestrado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde: Rio de Janeiro, 2014.

DUARTE, R. **Entrevistas em pesquisas qualitativas.** Educar, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004. Editora UFPR.

ESCOREL, S. et al. **Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.** Rev. Panam. Salud Pública, v.2, n.21, p.164-76, 2007.

FARIA, H.P. O programa Saúde da Família e O SUS. In: OLIVEIRA, Valdir de Castro et al; **Os Alicerces da Utopia: saúde e cidadania no SUS de Brumadinho.** Brumadinho, 1996.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. A integralidade na assistência à saúde. In: MERHY et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-33.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação?** São Paulo: Paz e Terra, 2006.

GRAMSCI, Antonio. **O Conceito de Hegemonia em Gramsci,** 3ª edição, Rio de Janeiro, Graal, 1991.

GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOFFMAN, Erving. **A representação do eu na vida cotidiana.** 10ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

GOFFMAN, E. **Ritual de Interação: ensaios sob o comportamento face a face.** 2ª ed. Petrópolis: Goffman Vozes, 2012.

HAGUETTE, T. M. F. (1995). **Metodologias qualitativas na sociologia**. 12a ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

KRUG, S.B.F. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. **Textos Contexto Enferm.** Porto Alegre: 2010;v9:77-88.

LE COADIC, Y. F. **A Ciência da informação**. 2.ed. Brasília: Briquet de Lemos, 2004.

MACIEL, C. D. Programa Saúde da Família: Rotina Comunitária. In: OLIVEIRA, Valdir de Castro et al; **Os Alicerces da Utopia: saúde e cidadania no SUS de Brumadinho**. Brumadinho, 1996.

MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó de et al. **Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2010, vol.44, n.4, pp.956-961. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400014>

MENDES, Eugenio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, Eugenio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

MENDES, A.; MARQUES, R.M. **O Financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Saúde Debate, 2014.

MERHY, E.E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M.E.; SANTOS, C.M.; RODRIGUES, R.A. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 113-150.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, Valdir de Castro et al; **Os Alicerces da Utopia: saúde e cidadania no SUS de Brumadinho**. Brumadinho, 1996.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. **Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde**. *Saúde Soc.*, v. 13, n. 2, p.56-69, 2004.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. **Comunicação, informação e ação social**. In: **Brasil. Ministério da Saúde**. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: OPAS, p.65-74, 2000.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. **Comunicação & Saúde: Desafios Práticos e Conceituais**. Caderno de Mídias e Saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 2008.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde**. Brasília: OPAS; 2002.

PAIM, J. S. (2001) **Saúde da Família: espaço de reflexão e contra-hegemonia**. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, vol. 5, nº 9, pp.143-146.

PEREIRA, Renata Cristina Arthou; RIVERA, Francisco Javier Uribe and ARTMANN, Elizabeth. **O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2013, vol.17, n.45, pp. 327-

QUEIROZ, Danielle Teixeira et al. **Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde**. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, 2007.

SANTOS, I.S.; SANTOS, S.A.; OLIBEIRA, R.C. **Os avanços do programa saúde da família (PSF) no Brasil**. Publicado em 11 de julho de 2009. Disponível em: <http://www.webartigos.com>

SILVA, Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro; SILVA, Lucía and BOUSSO, Regina Szyliit. **A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011, vol.45, n.5, pp. 1250-1255. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500031>.

SISSON, M. C. **Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a Promoção de Maior Equidade na Política de Saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.3, p.85-91, 2007.

THAINES, Geovana H. L. S. et al. **Produção, fluxo e análise de dados do sistema de informação em saúde: um caso exemplar**. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 18, n. 3, p. 466-474, 2009.

VEIGA-NETO, A. Interdisciplinaridade na Pós-Graduação: isso é possível. In: FERNANDES, A. GUIMARÃES, F.R. BRASILEIRO, M.C.E. **O fio que une as pedras: a pesquisa interdisciplinar na pós-graduação**. São Paulo: Ed. Biruta, 2002.

VELHO, O. **Os novos sentidos da interdisciplinaridade**. Mana, 16(1): 213-226, 2010.

YIN, Robert. **Estudo de Caso – Planejamento e métodos (2ed)**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE

1. Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Título do Projeto: Interações na Atenção Básica à Saúde: Desafios e Possibilidades da Comunicação na Estratégia Saúde da Família.

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que estudará a comunicação entre profissionais da equipe de saúde da família e moradores da comunidade urbana e rural no município de Brumadinho. O objetivo do projeto é entender um pouco mais sobre a história e o funcionamento dos postos de Estratégia Saúde da Família aqui no município e Analisar as relações entre equipe e população, tentando entender as interações, vínculos e vivências que existem entre as famílias, os agentes comunitários de saúde e os demais profissionais das unidades de saúde. A sua participação neste estudo é voluntária e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não lhe terá nenhum prejuízo ou problema com a equipe de saúde ou prefeitura.

Você foi selecionado por ser um membro profissional da equipe de saúde da família, funcionário ou ex-funcionário da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, usuário do serviço de saúde da família ou participante do processo de implantação e consolidação das equipes de Saúde da Família – eSF's em Brumadinho.

Para participar deste estudo peço que você colabore respondendo uma entrevista gravada que será realizada pelo pesquisador. Na entrevista você terá que responder a até 11 perguntas sobre a sua relação com as Unidades de Estratégia Saúde da Família de Brumadinho e a equipe de profissionais. A entrevista deve durar aproximadamente entre 40 e 55 minutos e poderá ser realizada na unidade de saúde, na sua residência ou em outro local mais oportuno de sua preferência. Somente o pesquisador e sua equipe terão acesso às gravações realizadas no momento da entrevista. Os registros e informações obtidas através da entrevista ficarão sob a responsabilidade do pesquisador (no período de cinco anos) e serão utilizados apenas para as finalidades da pesquisa. Cumprido o prazo, todos os registros serão destruídos. Os resultados da pesquisa serão publicados em revistas científicas ou educativas, mas o seu nome não será mencionado, uma vez que os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa.

A sua participação não lhe trará nenhum benefício direto. Entretanto, a sua colaboração é fundamental para o desenvolvimento da pesquisa. Você não receberá nenhum pagamento por participar desse estudo, mas também não terá nenhum gasto.

Os riscos previstos nessa pesquisa são mínimos e estão relacionados ao desconforto ou constrangimento em relação a alguma pergunta que lhe será feita durante a entrevista. Caso isso ocorra você pode optar por não respondê-la.

Os resultados dessa pesquisa irão contribuir com mais conhecimentos para as áreas de comunicação e saúde pública, o SUS, buscando, no futuro, proporcionar melhorias na comunicação entre a população e as unidades de saúde, com profissionais entendendo e ouvindo melhor as necessidades dos usuários, população com mais informações sobre os serviços de saúde e a própria equipe interagindo melhor entre si, melhorando o ambiente de trabalho. Com isso, a melhoria do atendimento e do sistema de saúde como um todo. Você receberá uma via assinada deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador responsável:

Jean Alves de Souza – Endereço: Rua Porto Alegre, 461, apt 101, bairro Carlos Prates, Belo Horizonte MG. 31 98395 2002

Você também poderá obter mais informações no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas René Rachou – Fiocruz Minas, órgão responsável por garantir os interesses e a segurança dos participantes da pesquisa.

Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto – Belo Horizonte (CEP: 30190-002)
Secretária: Bernadete Patrícia Santos – TeleFax: (31) 3349-7825

Belo Horizonte, de 2016.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Nome do participante

Assinatura do participante ou representante legal

Data

Obrigado pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

Jean Alves de Souza – Assinatura do pesquisador

2. Roteiros de Entrevistas

Roteiro de Entrevista semiestruturada 1: Agente Comunitário de Saúde

1.Há quanto tempo você é ACS?

2.Como são as condições de trabalho? O que mais te motiva e quais as principais dificuldades?

3.Você recebe ou já recebeu algum tipo de Capacitação para realizar seu trabalho?

4.Qual a importância do trabalho do ACS para você e para a ESF/Unidade?

5.Como é o relacionamento com os usuários que você visita? Cite alguns perfis/casos.

6.Como você vê as visitas domiciliares e qual a importância delas para o funcionamento da unidade?

7.O que você acha que facilita a comunicação com os usuários?

8.O que poderia melhorar a comunicação no seu trabalho? (mais acesso a informação, capacitação, melhor acesso à informação sobre o seu trabalho pelos usuários)

9.Como é seu relacionamento com a equipe?

10.Tem dificuldades de comunicação/diálogo/interação com a equipe? Se sim, Porque você acha isso?

11.Você acha que os ACS são ouvidos e valorizados dentro da equipe? E pelos Usuários?

Roteiro de Entrevista semiestruturada 2: Outros profissionais de saúde ligados a ESF (Médicos, Enfermeiros e Coordenador da Atenção Básica):

1.Há quanto tempo trabalha em Brumadinho? Conte um pouco da sua trajetória no município.

2.Como vê o trabalho da Estratégia Saúde da Família em relação as condições de Saúde do Município?

3.Como você vê a relação entre equipe e usuários?

4.Você acha que a equipe consegue criar vínculo entre si e com os usuários? A que se deve isso?

5.Como você vê a comunicação/interação dentro da equipe? Percebe dificuldades? Como poderia melhorar? E das equipes com a Secretária de Saúde?

6.Você acha que a informação circula bem? Quais os principais meios que fazem essa informação circular? E o que impede de circular?

7.Qual a importância do ACS para a equipe? Você consegue perceber problemas na atuação dele?

8.Como você vê as visitas do ACS e as visitas dos demais membros da equipe em relação ao trabalho e aos usuários?

9.Você acha a ESF resolutiva? Quais as principais dificuldades que você percebe em Brumadinho?

10.O que mais te motiva e desmotiva neste trabalho?

11.Você acompanhou a implantação da ESF aqui no Município? Como você acha que ela se mantém? O que é mais marcante para você desde o período que você atua ou conhece o trabalho?

Roteiro de entrevista semiestruturada 3: Usuários (ou não) Cadastrados na ESF e maiores de 18 anos:

- 1.Há quanto tempo você é atendido pela unidade/ESF?**
- 2.Qual a importância de ser atendido por esta unidade/SUS? O atendimento é bom?**
- 3.Como é sua relação com a Equipe da Unidade?**
- 4.Como é sua relação com o Agente Comunitário de Saúde? (é só profissional, momento da visita?)**
- 5.Você acha importante o trabalho e as visitas que o ACS faz na sua casa? Porquê?**
- 6.Acha que as visitas são muitas, poucas ou suficientes?**
- 7.O ACS interage/conversa muito com você? Sobre o que principalmente?**
- 8.O ACS traz informações que você acha importante? Ele também leva informações importantes sobre você e sua família?**
- 9.Já teve algum problema com o trabalho do ACS?**
- 10.Há mais coisas que você gostaria que o ACS informasse ou fizesse?**
- 11.O que você acha que poderia melhorar o trabalho do ACS?**

Roteiro de Entrevista semiestruturada 4:

Ex-funcionários ou membros importantes na implantação e consolidação da ESF em Brumadinho.

1.Você presenciou ou participou da implantação da ESF em Brumadinho? O que você fazia na época?

2.Como foi a implantação do então, programa na época? Brumadinho foi referência?

3.Qual a importância de ter começado pela zona rural? Os resultados do rural que fizeram a implantação se expandir logo para a zona urbana ou foi só um processo natural do programa?

4.Quais as principais dificuldades na Implantação?

5.Fiquei sabendo que um prefeito quis acabar com o programa, você sabe dessa história? Como foi?

6.Como você vê o trabalho da ESF no contexto do SUS?

7.Quais as principais diferenças que você percebe do programa do início para agora?

8.Qual a importância do trabalho do ACS?

9.Como você vê o ACS em relação os demais membros da equipe?

10.Como você vê a comunicação no funcionamento da ESF?

11.Como acha que se dá o vínculo entre os usuários, os ACS e a equipe?

3. Carta de Anuência de Brumadinho



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
BRUMADINHO**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE BRUMADINHO
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
Av. Nossa Senhora do Belo Ramo, 350, Jota
Brumadinho – MG – CEP: 35460-000 – TEL: 3571-1677
atencaobrumadinho@yahoo.com.br

CARTA DE ANUÊNCIA

Aceito o pesquisador Jean Alves de Souza, do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz pesquisa intitulada Interações na Atenção Básica à Saúde: Desafios e Possibilidades da Comunicação na Estratégia Saúde da Família, sob orientação do Professor Dr. Valdir de Castro Oliveira.

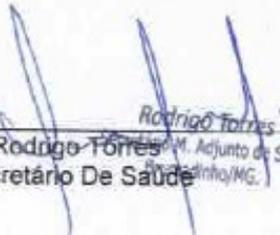
Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedo a anuência para seu desenvolvimento nas Unidades da Estratégia Saúde da Família do Município, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Brumadinho, 01 de outubro de 2015.

Prefeitura Municipal de Brumadinho

Noemy de Oliveira
 Coordenadora da Atenção Básica

Prefeitura Municipal de Brumadinho

Rodrigo Torres
 M. Adjunto de Saúde
 Brumadinho/MG
 Secretário De Saúde

ANEXO
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CENTRO DE PESQUISAS
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Interações na Atenção Básica à Saúde: Desafios e Possibilidades da Comunicação na Estratégia Saúde da Família.

Pesquisador: Jean Alves de Souza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53325616.9.0000.5091

Instituição Proponente: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Patrocinador Principal: Fundação Oswaldo Cruz

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.474.157

Apresentação do Projeto:

Este trabalho é uma pesquisa qualitativa em Comunicação e Saúde que pretende analisar a Estratégia Saúde da Família como estrutura de comunicação e qual o impacto desta para sua consolidação como base da Atenção Primária a Saúde e porta de entrada preferencial do Sistema.

O estudo parte da ESF como estrutura de Comunicação em que as pessoas interagem e estabelecem vínculos que serão fundamentais para o atendimento e o sucesso da equipe.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as relações entre equipe e população e os processos de construção da comunicação na Estratégia Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa não oferece risco físico, uma vez que não é de caráter biomédico ou farmacológico. Em caso de algum risco na dimensão psíquica, cultural, social, espiritual, moral ou social, eles também são muitos baixos, uma vez que o caráter da pesquisa, apesar de entrar nos espaços sociais e culturais dos indivíduos, se baseia numa relação institucional e nas relações interpessoais com os servidores dessa Instituição no momento do trabalho destes. O direcionamento das perguntas foi feito em cima de questões pontuais da pesquisa e entrando o mínimo possível em questões de foro íntimo ou constrangedor. Além disso, como a entrevista é

Endereço: Avenida Augusto de Lima, 1715

Bairro: Barro Preto

CEP: 30.190-002

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3349-7825

Fax: (31)3349-7825

E-mail: cepsh-cpqr@cpqrr.fiocruz.br

**CENTRO DE PESQUISAS
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/**



Continuação do Parecer: 1.474.157

semi-estruturada, existe a possibilidade da condução das perguntas e da conversa de maneira mais agradável e menos invasiva possível, deixando o entrevistado à vontade para responder as questões apresentadas.

Benefícios: Contribuir como novos conhecimentos para o campo da Comunicação e Saúde e apontamentos para melhoria da comunicação na Estratégia Saúde da Família, partindo do pressuposto que o sucesso desta depende em muito das relações estabelecidas entre equipes e usuários.

Podem haver ainda outros benefícios como:

- Melhoria na organização do atendimento às famílias e as demandas.
- Melhoria na relação nas equipes e com os usuários, fortalecendo vínculos e contribuindo como o processo de trabalho.
- Pode promover a comunicação de forma mais horizontal nas equipes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerando-se o objeto, os objetivos e benefícios, a proposta apresentada pelo pesquisador é relevante devido à importância da atuação no contexto do SUS. A Atenção Básica (ATB) é a porta de entrada para a rede.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de Rosto: adequadamente preenchida e assinada.
2. TCLE Equipe - Houve adequação do texto, conforme sugestão do relator.
3. TCLE do usuário: Houve adequação do texto, conforme sugestão do relator.
4. TCLE - "outros personagens". Houve adequação do texto, conforme sugestão do relator.

Recomendações:

As recomendações referentes aos termos de apresentação obrigatória foram adequados segundo as considerações em 2., 3 e 4 nos Termos de Apresentação Obrigatória.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações desde que as sugestões do relator foram acatadas, como a seguir:

1. Anexada a carta de anuência do município de Brumadinho.

Endereço: Avenida Augusto de Lima, 1715	CEP: 30.190-002
Bairro: Barro Preto	
UF: MG	Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3349-7825	Fax: (31)3349-7825
	E-mail: cepsh-cpqr@cpqrr.fiocruz.br

**CENTRO DE PESQUISAS
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/**



Continuação do Parecer: 1.474.157

2. Anexados os 4 Roteiros de Entrevista: Agentes comunitários de saúde; outros trabalhadores da ESF; usuários da ESF (maiores de 18 anos); ex-funcionários, pessoas importantes na implantação do PSF e ESF.
3. No item Apoio Financeiro foi incluído ICICT- FIOCRUZ como instituição financiadora.
4. Foi delimitada a idade em todos os campos, não há menores.
5. Foi revisto quanto a Riscos:

A pesquisa não oferece risco físico, uma vez que não é de caráter biomédico ou farmacológico. Em caso de algum risco na dimensão psíquica, cultural, social, espiritual, moral ou social, eles também são muitos baixos, uma vez que o caráter da pesquisa, apesar de entrar nos espaços sociais e culturais dos indivíduos, se baseia numa relação institucional e nas relações interpessoais com os servidores dessa instituição no momento do trabalho destes. O direcionamento das perguntas foi feito em cima de questões pontuais da pesquisa e entrando o mínimo possível em questões de foro íntimo ou constrangedor. Além disso, como a entrevista é semi-estruturada, existe a possibilidade da condução das perguntas e da conversa de maneira mais agradável e menos invasiva possível, deixando o entrevistado à vontade para responder as questões apresentadas. (Texto incluído em PB_Informações Básicas do Projeto).

Considerações Finais a critério do CEP:

Após submissão e análise do protocolo em questão, constatamos que o estudo atende aos aspectos fundamentais da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Diante do exposto, o Comitê de Ética do CPQRR/FIOCRUZ Minas, de acordo com as atribuições a ele concedidas pela Legislação vigente, manifesta-se pela aprovação deste Estudo. Firma-se diante deste documento a necessidade de serem apresentados os relatórios anuais e final, bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_643755.pdf	18/03/2016 11:48:55		Aceito
Outros	RESPOSTA_AO_PARECER_CONSUBSTANCIADO_DO_CEP.pdf	18/03/2016 11:47:47	Jean Alves de Souza	Aceito
Outros	Roteiro_de_Entrevistas_Jean_CEP_FIO	18/03/2016	Jean Alves de Souza	Aceito

Endereço: Avenida Augusto de Lima, 1715
Bairro: Barro Preto **CEP:** 30.190-002
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3349-7825 **Fax:** (31)3349-7825 **E-mail:** cepsh-cpqr@cpqrr.fiocruz.br

**CENTRO DE PESQUISAS
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/**



Continuação do Parecer: 1.474.157

Outros	CRUZ.doc	11:21:46	Jean Alves de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Jean_CEP_FIOCRUZ.doc	18/03/2016 11:21:20	Jean Alves de Souza	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_Brumadinho.PDF	18/03/2016 10:59:36	Jean Alves de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_CEP.pdf	11/01/2016 23:53:44	Jean Alves de Souza	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_CEP.pdf	11/01/2016 22:46:48	Jean Alves de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 01 de Abril de 2016

**Assinado por:
Naftale Katz
(Coordenador)**

Endereço: Avenida Augusto de Lima, 1715

Bairro: Barro Preto

CEP: 30.190-002

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3349-7825

Fax: (31)3349-7825

E-mail: cepsh-cpqr@cpqrr.fiocruz.br