

## Produção do Cuidado na Atenção Básica em Territórios Urbanos Superpopulosos: criatividade, flexibilidade e práticas emancipatórias

### Care Production in Primary Care in Overcrowded Urban Territories: creativity, flexibility and emancipatory practices

Waldemir de Albuquerque Costa<sup>1</sup>  
Marluce Maria Araújo Assis<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e especialista em Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

<sup>2</sup>Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Pública pela Escuela Andaluza de Salud Publica, em Granada-Espanha. Professora Titular aposentada. Atualmente atua na Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Acadêmico e Profissional) e de Enfermagem (Profissional) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

#### Correspondência

Waldemir de Albuquerque Costa  
doutorwal@gmail.com

Marluce Maria Araújo Assis  
Email: marluce.assis@pq.cnpq.br

#### RESUMO

**Objetivo:** compreender como a equipe de Saúde da Família atua na produção do cuidado em um cenário de superpopulação na periferia de um grande centro urbano.

**Método:** pesquisa qualitativa, tipo estudo de caso com intervenção. Dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com atores-chave e observação participante.

**Resultados:** a melhoria do cuidado passou por práticas inovadoras, flexíveis e pela implicação dos sujeitos para além da organização do serviço, com busca por novos referenciais e estratégias de intervenção criativas.

**Conclusão:** observou-se a maneira flexível, criativa e emancipatória do trabalho em equipe no ato da produção do cuidado em saúde no contexto de periferia de uma grande cidade brasileira.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; População urbana; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente.

#### ABSTRACT

**Objective:** to understand how the Family Health team works in the production of care in a scenario of overpopulation on the periphery of a large urban center.

**Method:** qualitative research, type of case study with intervention. Data collected through semi-structured interviews with key actors and participant observation.

**Results:** the improvement of care went through innovative, flexible practices and the involvement of subjects beyond the organization of the service, with the search for new references and creative intervention strategies.

**Conclusion:** there was a flexible, creative and emancipatory way of teamwork in the act of producing health care in the context of the periphery of a large Brazilian city.

**Key words:** Primary Health Care; Urban centers; Health Services Needs and Demand; Patient Care Team.

## INTRODUÇÃO

As grandes cidades brasileiras têm sido marcadas, nas últimas décadas, por crescentes processos de estagnação econômica e exclusão social na configuração de seu espaço<sup>1</sup>. Aglomeração humana, pobreza, desemprego, exclusão social e criminalidade representam um espectro ampliado de problemas de saúde que desafiam os gestores e se impõem à reflexão na busca de soluções para os centros urbanos do país. Associado a este cenário excludente, a persistência do modelo tradicional de atenção à saúde nas grandes cidades tem agravado o desequilíbrio entre a oferta de serviços básicos e as demandas assistenciais da população<sup>1</sup>.

Os problemas enfrentados pela Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil têm culminado no esgotamento do atual ciclo da Atenção Básica à Saúde (ABS), que ainda apresenta baixa resoluibilidade em descompasso com sistemas de saúde de países europeus<sup>1,2</sup>. Segundo apontamentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, os indicadores dos sistemas sanitários deste continente demonstram a relevância do fortalecimento da ABS para a garantia do bem-estar social, sobretudo em períodos de crise econômica e na vigência de políticas de austeridade<sup>2</sup>.

Sob o ponto de vista dos trabalhadores de saúde dos grandes centros, a realidade enfrentada torna-se ainda mais hostil quando se convergem problemas históricos da urbanização com baixas coberturas de ESF. A maioria das capitais brasileiras apresenta cobertura inferior a 40% e, com exce-

ção do Rio de Janeiro e Brasília, não exibe expansão considerável desses serviços nos últimos 10 anos<sup>1,3</sup>. Dos seis estados com mais de 10 milhões de habitantes, apenas dois contam com índices superiores a 65%<sup>3</sup>.

Tomando como exemplo uma grande cidade do Nordeste brasileiro (Salvador-BA), bairros com importantes carências estruturais e grande concentração de habitantes chegam a conviver com índices de cobertura abaixo de 5%, muitos deles com média de habitantes/equipe superior a 15.000 pessoas<sup>4</sup>. Esta elevada desproporção entre o número de usuários adscritos e a quantidade de equipes de saúde de referência é o que denominaremos de “superpopulação” – elemento emblemático de modelos de ABS seletivos, excludentes e que funcionam como “tampão social” das populações mais empobrecidas em países subdesenvolvidos, como na periferia das grandes cidades<sup>5</sup>.

As baixas coberturas da ESF dos centros urbanos brasileiros expõem as unidades de saúde a um entorno populacional desassistido que pressiona por atendimento, levando as equipes a prestarem assistência a uma população muito superior às 3.500 sugeridas pelas normativas federais<sup>1,3</sup>. Por outro lado, a rápida e desordenada urbanização tem levado ao crescimento da população residente nos territórios de abrangência das equipes, constituindo um verdadeiro inchaço demográfico interno e que vão ultrapassando gradativamente o teto previsto no período de implantação das unidades<sup>1,4</sup>.

O resultado prático deste quadro tem sido a deterioração considerável da qualidade dos serviços nos centros urbanos brasileiros. Pressão por assistência das áreas descobertas no entorno das unidades, excesso diário de pacientes de demanda espontânea, ameaças aos profissionais e dificuldades de seguimento por meio das ações programáticas, são exemplos dos transtornos sofridos pelas equipes nos territórios urbanos superpopulosos<sup>6</sup>. A permanência durante longos períodos nestas realidades tem provocado reações catastróficas nos profissionais de saúde, como o desenvolvimento de Síndrome de *Burnout* e a rotatividade/abandono dos postos de trabalho<sup>7</sup>. Em alguns casos, surgem ainda respostas como a acomodação com redução de responsabilidades (isolamento laboral e “impunidade corporativa”), igualmente deletéria para a qualidade do serviço prestado<sup>6</sup>.

Para além do cotidiano dos serviços, percebe-se ainda um enfraquecimento progressivo das ações de movimentos populares e sindicais em torno de bandeiras históricas da Reforma Sanitária que, somado ao aprofundamento da crise político-eleitoral no país, tem contribuído ainda mais para o isolamento dos profissionais da ESF e a manutenção dos transtornos na saúde nos grandes centros<sup>8,9</sup>.

Mesmo enfrentando esta sobreposição de problemas estruturais e conjunturais, uma iniciativa desenvolvida numa USF na Região Metropolitana de Salvador - BA ganhou destaque no meio político, acadêmico e social. Situada na periferia de um grande centro urbano, com elevados índices de pobreza e violência e uma população adstrita estimada em 8.126 habitantes, a equipe de saúde conseguiu durante três anos configurar arranjos de trabalho e movimentos sistêmicos que trouxeram respostas promissoras para a realidade local.

Seus profissionais de saúde se destacaram pela capacidade de produzir cuidado em um território de grande vulnerabilidade ao fortalecer o trabalho multiprofissional integrado, desenvolvendo um conjunto de práticas com vistas à integralidade e assumindo o papel de “coletivo organizado para produção de valores de uso”, em co-gestão com os diversos sujeitos sociais da localidade<sup>10</sup>. Desta forma, analisar a trajetória desta equipe pode apontar possibilidades para outros trabalhadores em centros urbanos com territórios superpopulosos.

## MÉTODO

O estudo orienta-se por uma pesquisa-intervenção, inspirado nas premissas de estudo de caso, desenvolvido em uma USF na Região Metropolitana de Salvador-BA<sup>11</sup>. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa que privilegia a inserção dos diferentes atores sociais (e interesses) implicados no processo de produção do cuidado.

Um dos pesquisadores é um observador que participa do grupo observado e tem um papel dentro do mesmo— exerceu o cargo de médico de família desta equipe durante todo o período analisado, trazendo pertinência e implicação aos aspectos observados. Neste caso, o sujeito que interroga é, ao mesmo tempo, o que produz o fenômeno sob análise e o que “interroga o sentido do fenômeno partindo do lugar de quem dá sentido ao mesmo”<sup>12</sup> criando, neste processo, a própria significação de si e do fenômeno. Desta forma, mais do que um objeto de estudo, o pesquisador assume o papel de “sujeito implicado” – sujeito militante que pretende ser epistêmico<sup>11,12</sup>.

Foram utilizadas como estratégias de coleta de dados entrevistas semiestruturadas e observação participante, com registro em diários de campo conforme roteiro orientador construído pelos autores. Os diários facilitaram o registro das impressões sobre o cotidiano dos sujeitos observados, captando elementos de maior significância na realidade do serviço. As entrevistas, por sua vez, contiveram perguntas abertas e fechadas, elaboradas pelos autores, e foram gravadas utilizando gravador de áudio após autorização dos depoentes, cujo material coletado pôde ser revisado pelos mesmos para retirar ou acrescentar informações. Os participantes do estudo foram escolhidos dando representatividade aos diferentes pontos de vista do cuidado na USF e elencando somente aqueles que estiveram em contato ou atuaram na unidade no período de 2012 a 2015 (recorte temporal do estudo). Desta forma, foram entrevistados oito usuários, quatro trabalhadores de saúde e três dirigentes. A amostragem orientou-se ainda pela saturação teórico-empírica, cuja interação entre o campo de pesquisa e o pesquisador balizou a definição dos sujeitos participantes do estudo, não se constatando elementos novos para análise do objeto em apreensão<sup>11</sup>.

Para adentrar na compreensão da realidade em análise, os dados foram sistematizados por meio da organização dos conteúdos, classificação dos eixos temáticos e análise final, envolvendo a articulação teórico-empírica. A sistematização tomou como base orientadora a proposta de análise de conteúdo temática de Minayo, retraduzida por Assis e Jorge<sup>13,14</sup>. Os eixos temáticos são assim representados: a) atenção centrada na necessidade do usuário: criatividade e flexibilidade; b) sujeitos implicados na construção de práticas emancipatórias; e c) conexões das práticas com a gestão. Os resultados revelaram sentidos e significados atribuídos pelos sujeitos que atuaram na gestão (dirigentes), no cotidiano do trabalho (trabalhadores) e na utilização dos serviços (usuários). E nesse sentido, os conteúdos representados pelos diferentes sujeitos da pesquisa e vivenciados pelo pesquisador/participante foram compreendidos de forma objetiva, subjetiva e simbólica por meio da linguagem e das observações das práticas, como núcleos e instrumentos de comunicação e ação entre os participantes, representados nas convergências, diferenças e complementaridades de ideias e pensamentos, bem como, no modo como se produz o cuidado para responder as demandas/necessidades do território social em análise, o caso em foco.

O trabalho seguiu as normas estabelecidas pela Resolução CNS nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado o projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CAAE: 47856815.0.0000.0053). Participaram do estudo somente aqueles que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Atenção centrada na necessidade do usuário: criatividade e flexibilidade

As necessidades não se restringem apenas às demandas biológicas ou individuais, devendo levar em consideração grandes conjuntos de aspectos, tais como: condições de vida, de trabalho e de moradia; acesso às diversas tecnologias em saúde, como diagnósticos e tratamentos nos momentos adequados ou oportunos, de forma a melhorar e prolongar a vida; vínculo à equipe de saúde, garantindo um encontro positivo de subjetividades; autonomia de cada pessoa no seu modo de

andar a vida, possibilitando a reconstrução dos sentidos sobre seu destino e luta por sua satisfação pessoal<sup>10</sup>.

Tomadas como horizonte para a equipe, as necessidades de saúde tiveram de ser inicialmente confrontadas com os dilemas típicos de um serviço de ABS seletiva<sup>5,6</sup>. Para além dos problemas sociais urbanos, o primeiro ponto enfrentado foi à garantia de acesso: tentar desenvolver uma gestão da agenda factível com a desproporcional relação entre o número de habitantes no território adstrito e a presença de uma única equipe de Saúde da Família (EqSF).

A equipe optou por uma melhoria progressiva da agenda de forma a ampliar o acesso à população sem, contudo, ultrapassar seus limites físicos. O formato de trabalho encontrado à época era de uma unidade em desenho tradicional, com agenda rígida de marcação mensal, baseada essencialmente em programas voltados ao público materno-infantil e que restringia severamente os usuários em demanda espontânea<sup>6</sup>. Dessa forma, era necessário romper com o modelo de agendamento de longas datas; ampliar a oferta de linhas de cuidado balizadas pelas ações programáticas; e garantir uma classificação de risco que permitisse o acesso dos usuários de maior urgência que não estivessem marcados. E, como um “toque de realismo”, fazer um arranjo equilibrado diante da elevada pressão assistencial de um público mais que duas vezes superior ao preconizado para uma EqSF.

Os entrevistados enfatizaram a melhoria do acesso após a chegada da equipe, convergindo sobre a evolução do agendamento mensal para o formato semanal que, apesar das limitações, apresentou ganhos significativos no tempo de espera dos usuários por uma consulta.

Por outro lado, garantiram-se as ações programáticas mais amplas que incluíssem os grupos de maior vulnerabilidade social no território. As novas estratégias previam turnos reservados para portadores de hipertensão, diabetes e outras condições crônicas que passaram a fazer parte do serviço, facilitando seu cuidado continuado. As agendas médicas e de enfermagem puderam ser compartilhadas, com apoio lateral durante os atendimentos, e o retorno dos usuários era agendado durante a própria consulta.

Além do atendimento agendado, passou-se a realizar diariamente o acolhimento da demanda espontânea. Em virtude da sobrecarga dos trabalhadores, optou-se pela estratégia de “dupla entrada” realizada preferencialmente pelas técnicas de enfermagem utilizando a classificação de risco e vulnerabilidades<sup>15</sup>. Este formato protegia a agenda dos trabalhadores de nível superior, que tinham uma procura muito maior da população, resolvendo a maioria dos casos nos espaços da recepção e sala de triagem.

Cursos de atualização foram realizados com base nos principais padrões de demanda dos usuários naquele período, o que aumentou a agilidade dos trabalhadores e contribuiu para ajustar os pactos e fluxos na unidade.

Uma opção criativa que passou a ser oferecida pela equipe foi a organização de grupos (terapêuticos, educativos e de convivência), que funcionavam com frequência determinada e ampliavam as alternativas de acesso para a população. O primeiro grupo implantado foi o “Grupo de Promoção e Cuidado à Saúde do Homem”, que buscava aproximar o público masculino adulto da unidade e vinculá-lo de forma mais eficiente à equipe<sup>16</sup>. O desenho do grupo era diferenciado, incluindo atividades educativas de promoção à saúde, rodas de troca de experiências e momentos assistenciais, com atendimentos coletivos e individuais ao fim das atividades.

Este grupo obteve tamanha repercussão que acabou influenciando a criação da área técnica de Saúde do Homem da secretaria de saúde do município e deu suporte para algumas das ações da Coordenação Nacional de Saúde do Homem do Ministério da Saúde. A iniciativa foi premiada na IV Mostra Nacional de Experiências em ABS<sup>16</sup> e passou a se tornar objeto de pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na ABS)<sup>17</sup>. Isto permitiu a viagem de dois trabalhadores da equipe para Porto Alegre - RS para troca de experiências com pesquisadores de diversos lugares do Brasil.

Outros grupos também foram implantados na unidade como o “Grupo de Gestantes” e o “Grupo de Mulheres, Autocuidado e Autoestima”, o que acabou por garantir uma maior abertura da USF sem, contudo, superlotar as agendas de consultas já bastante disputadas pelos usuários.

Um aspecto consensual entre os entrevistados diz respeito à procura pelo agendamento de consultas que ainda era bastante superior à capacidade oferecida pela equipe. As filas persistiam apesar da mudança das marcações mensais para semanais. A visibilidade alcançada pela USF fazia com que moradores de localidades fora da área de cobertura viessem em busca de atendimento, o que agravava ainda mais o problema da sobrecarga do serviço. A presença de micro-áreas descobertas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dificultava a organização da demanda e muitos usuários de outras regiões acabavam usando comprovantes de residência de amigos e parentes para obter o atendimento.

De fato, é visível que uma população de 8.126 habitantes adstrita ao território de uma única equipe terminaria inevitavelmente provocando sobrecarga e filas no serviço. No entanto, a conquista de uma segunda EqSF, inicialmente com o provimento médico do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) no final de 2012 e posteriormente com uma equipe completa em meados de 2013, permitiu corrigir estas distorções, reduzindo as filas e chegando a certo equilíbrio entre oferta e demanda. Os usuários e dirigentes reconheceram a redução das filas após estas mudanças, com uma melhor distribuição dos atendimentos entre os profissionais.

Ainda que a divisão do trabalho para duas equipes tenha diluído a pressão assistencial e amenizado o cenário, sabe-se que a proporção populacional ainda se mantinha superior a 3.500 usuários/equipe. Além disso, por se tratar de uma localidade de grande vulnerabilidade social, a divisão territorial deveria se dar em três equipes para o acompanhamento adequado da comunidade. Nesse sentido, estudos apontavam que o espaço social da unidade pesquisada apresentava problemas graves relacionados à moradia, segurança, saneamento básico, destino do lixo e desemprego<sup>18</sup>.

O que foi analisado até aqui evidencia que ainda restavam desafios a serem superados na dinâmica concreta de produção do cuidado para atender às necessidades das pessoas, mas eles passavam necessariamente por mudanças estruturais e que incluíam a ampliação da cobertura de ESF em todo o distrito sanitário em que se situa a unidade. No entanto, muitas conquistas já haviam sido alcançadas com a chegada da equipe

em 2012 através da criatividade e flexibilidade de seus profissionais e que abriram horizontes para mudanças mais profundas com a participação e envolvimento da comunidade.

### **Sujeitos implicados na construção de práticas emancipatórias**

A chegada da equipe na USF em 2012 abriu um novo horizonte no campo das relações entre trabalhadores e usuários. A unidade possuía, até então, um histórico de desgaste com a comunidade e alta rotatividade médica, o que dificultava a aproximação com a população. Em contato com este cenário, a equipe tomou como principal estratégia a modificação das práticas vigentes até aquele período para melhorar a atenção na unidade.

A primeira iniciativa tomada foi reconhecer, de forma mais intensa, a realidade dos usuários. Além das ações envolvidas no momento do planejamento participativo, balizado pela estratégia de territorialização da saúde, os profissionais passaram a aumentar o número de atividades extramuros, visitas domiciliares e conversas com lideranças locais e informantes-chave. A circulação mais frequente no território facilitou o reconhecimento de peculiaridades do território e das condições de vida de grande parte dos moradores, características culturais e problemas de saúde mais comuns na região. Com estas vivências, a equipe abriu espaço para novas formas de se relacionar com a população.

A segunda iniciativa foi o estabelecimento de práticas emancipatórias, fundamentada na aprendizagem crítica, com diálogos e propostas terapêuticas que apresentassem significado real para a população, evidenciando o inconformismo<sup>19</sup> e a busca de alternativas para solucionar os problemas no ato de produzir o cuidado. A equipe passou a rever as condutas terapêuticas vigentes no serviço trazendo para o centro os interesses dos usuários, trabalhando com respostas às necessidades reais (traduzidas em metas pactuadas por todos os envolvidos) tanto na atenção individual quanto nos espaços de grupo, e dialogando com o possível dentro do contexto de vida dos moradores.

Para concretizar estas iniciativas, foi necessária uma nova forma de articular o cuidado produzido pelos trabalhadores, que até então se mantinha fragmentado e concentrado em decisões individuais<sup>20</sup>. Apesar de se autodenominar EqSF, o modo de organização do cuidado encontrado pela nova equipe era, na prática, marcado pela simples

sobreposição das agendas de cada profissional, com momentos isolados de reunião para a divisão de tarefas burocráticas do serviço.

Para reverter este cenário, a equipe passou a fortalecer a comunicação entre eles, tornando-a mais frequente e solidária. As discussões dos casos complexos entre a equipe e as interconsultas ganharam espaço no cotidiano da unidade, reforçada com a criação de uma agenda semanal compartilhada. As ações programáticas foram reposicionadas de forma a facilitar o contato entre as pessoas, o que possibilitava uma maior troca de saberes e apoio lateral. Desta forma, os trabalhadores passaram a manter um diálogo maior sobre os problemas do serviço e sobre questões específicas no tratamento dos usuários, o que tornou mais fluido o trabalho na unidade<sup>20</sup>.

Outra medida adotada foi a construção de projetos assistenciais comuns, garantindo o alinhamento entre os membros da equipe. A montagem dos planos de ação se deu principalmente durante as reuniões semanais de equipe e nas coletas mensais de produção do sistema de informações da ABS. Estes dois espaços permitiam trocas intensas de experiências para a resolução dos problemas de maior complexidade do território, ordenando de forma mais eficiente o cuidado destes usuários. De acordo com o grupo dos trabalhadores, os projetos terapêuticos eram construídos levando em conta os profissionais que tinham maior vínculo com aquele usuário/família, a experiência pessoal e os conhecimentos de núcleo, montando duplas ou trios responsáveis pelo seguimento dos casos. Após determinado prazo, retomavam-se as discussões e traziam-se de volta os casos para o grupo para novas sugestões ou novas metas.

A aproximação do grupo permitiu gradativamente a redução das desigualdades entre os trabalhadores, reforçando o sentido de equipe composta por diferentes núcleos e campos de saberes e competências<sup>10</sup>. Apesar da enorme quantidade de trabalhadores na unidade, o modelo de organização do trabalho esteve historicamente ligado à disponibilidade de consultas médicas como principal oferta, o que reprimia o trabalho dos outros trabalhadores ou os colocava em funções subalternas sem poder de interferência nas decisões mais centrais da unidade. Com essa nova organização do cuidado por meio da divisão solidária e somativa, permitiu-se o resgate do potencial de trabalho de diversos trabalhadores que estavam “anulados” com o modelo médico-

-centrado do serviço, com destaque para as técnicas de enfermagem<sup>20</sup>.

Além disso, foi relatado por usuários e dirigentes, o papel da equipe na coordenação do cuidado na rede de saúde do município. Observou-se que o acesso a especialidades médicas e exames de imagem era extremamente difícil, com uma oferta bastante inferior à demanda, o que deixava a ABS numa posição fragilizada diante da integralidade do cuidado. Este cenário exigiu da equipe uma postura pró-ativa de busca por maior resolubilidade interna, incentivando a busca de soluções e o contato com outros trabalhadores da rede básica e das universidades para troca de experiências. A situação vivida demandou a construção de redes e micro-redes alternativas para a complementação do cuidado, como o aumento da comunicação com dirigentes de outros serviços e apoiadores para pressionar pelo acesso mais rápido para os usuários que mais necessitavam de atenção.

O conjunto dessas ações permitiu que o cotidiano da equipe se tornasse um espaço produtivo para a aproximação dos usuários e para a sensação de pertencimento ao serviço. A esfera micropolítica, do campo das relações e da troca de subjetividades entre os sujeitos, ficou bastante fortalecida no período e abriu caminhos para o trabalho para além dos muros do serviço. As articulações entre sujeitos e instituições influentes sobre a unidade foram fundamentais para o estímulo a práticas emancipatórias e resolutivas. Sempre em busca de resolução dos problemas apresentados pela população, situando o usuário no centro do processo saúde-doença.

### **Conexões das práticas com a gestão**

Para compreender melhor esse território e dispor de dados concretos para organizar as novas ações da equipe, os trabalhadores tomaram a iniciativa de avaliar o processo de territorialização para buscar outros caminhos. Para tanto, realizou-se a atualização da contagem de moradores da área coberta e sua vinculação aos ACS. Após avaliação do processo, a equipe utilizou-se do mapeamento de “sujeitos sociais” comprometidos para ampliar o leque de aliados em potencial para seu projeto. Os trabalhadores passaram então a participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde como forma de denunciar a baixa cobertura de atenção no distrito sanitário circunscrito à unidade, levando o relatório para outros sujeitos sociais além da Diretoria de Atenção Básica (DAB) do mu-

nicipio. Então, foi encaminhada uma mala direta de correspondência virtual para divulgar para todos os setores da Secretaria de Saúde e da DAB do Estado, como uma forma de apelo pela expansão da cobertura local.

Com o aumento da evidência da unidade, a equipe passou a trabalhar sua imagem pública como forma de despertar o interesse dos gestores em melhorias locais. Partia-se da premissa de que as várias iniciativas realizadas até aquele momento não teriam a potência desejada se não alcançassem uma visibilidade adequada. Por um lado, ampliou-se massivamente a divulgação interna e incorporaram-se lideranças locais, como líderes comunitários, professores e membros das igrejas, para ajudar na divulgação das ações da equipe. Por outro, foram desenvolvidas mídias digitais (website, e-mail e perfil em rede social) criando uma rotina de divulgação, cada passo dado tinha necessariamente que ser documentado e repassado para o público.

Um marco significativo para a reputação da unidade foi a conquista, ainda em 2012, da nota máxima no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), principal instrumento de avaliação da ABS do país. O desempenho no PMAQ destacou a equipe com a maior pontuação do município, a única a se enquadrar na categoria “muito acima da média”. O grupo de dirigentes reconheceu na pontuação um salto de visibilidade da equipe que passou a despertar olhares de gestores para investimentos locais.

Outro grande marco de comunicação da unidade foi o crescimento da divulgação do Grupo de Promoção e Cuidado à Saúde do Homem, que ganhava cada vez mais adeptos<sup>16</sup>. Não só moradores da comunidade, mas outras entidades e dirigentes começaram a se interessar pelas atividades.

Em 2013, um conjunto de pesquisadores da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) e da UFRGS entrou em contato com a equipe para desenvolver estudos com os participantes do grupo, a fim de estimular práticas semelhantes em outros estados, o que ajudou a dar maior visibilidade nacional à equipe<sup>17</sup>.

Outras iniciativas ajudaram a consolidar o nome da unidade, como os projetos de intervenção realizados por estudantes de medicina e enfermagem que estagiavam no local, passando a divulgar as atividades no meio universitário. Além disto, a visita de estudantes do Estágio de Vivências no

SUS (EVSUS) permitiu a divulgação ainda maior do processo de produção do cuidado em equipe em outros municípios do interior do estado.

No campo da articulação local, a equipe passou a realizar reuniões periódicas com os moradores dentro da comunidade. Estes encontros tinham caráter consultivo, na busca de ouvir as demandas da população, e organizativo, como forma de contribuir com as ações dos usuários e equipe pela melhoria da situação de saúde daquele território. As reuniões foram importantes para reunir interesses comuns da equipe e da população e melhorar as formas de articulação com a gestão municipal.

Outra estratégia utilizada pela equipe foi à busca por parceiros institucionais, realizando desde visitas e reuniões periódicas com a Secretaria de Saúde até uma aproximação estratégica com a FESF e a Universidade Federal da Bahia (UFBA), que se mostraram aliados valiosos na intermediação do diálogo com a gestão e no pressionamento por melhorias na unidade.

Diante deste crescimento abrupto da visibilidade da equipe e da pressão política multilateral, a gestão municipal passou a demonstrar interesse em aumentar o investimento na localidade a partir de 2013. No intuito de expandir a cobertura de ABS, dirigentes e trabalhadores se uniram para conseguir um novo imóvel que comportasse duas EqSFs. Para isto, os trabalhadores investigaram diversas propriedades que estivessem disponíveis para aluguel, até localizarem a atual sede da unidade. A equipe foi fundamental para a organização da nova unidade e participou diretamente na mudança e montagem do novo serviço. Com isto, em novembro de 2013 foi realizada a mudança definitiva para a nova unidade que passou a abrir sua agenda antes mesmo da inauguração oficial do serviço, em janeiro de 2014.

Em posse do novo imóvel, a gestão realizou a contratação de três novos profissionais para compor a segunda EqSF, ampliando-se a cobertura local, construindo um novo cardápio de ofertas para a comunidade, o que ajudou a reduzir a pressão assistencial e diluir as filas. Esta conquista se mantém até hoje e é reconhecida como um dos maiores legados da equipe na comunidade, mesmo após a saída de parte dos profissionais alguns anos depois desta experiência.

Este conjunto de ações tornou possível reverter um cenário de repressão da demanda e de limitações estruturais significativas, alcançando um novo patamar de produção do cuidado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo retrata a maneira flexível, criativa e emancipatória do trabalho em equipe no ato da produção do cuidado em saúde, inserida num contexto bastante comum – a periferia das grandes cidades brasileiras.

Em todo momento, tornava-se claro que existiam interdependências entre os grupos de ações, sejam eles ora mais internos ora mais externos ao serviço, mas de modo que o isolamento de uma das frentes levava inevitavelmente ao fracasso da outra. Desta forma, o resultado final de melhoria do cuidado à população passou necessariamente pela atuação em campos de conhecimentos e práticas para além da simples organização de um serviço e que exigiram da equipe a busca por novos referenciais e estratégias de intervenção.

Com isto, os territórios urbanos superpopulosos, onde atuam grande parte das EqSFs, são desafiantes pois ultrapassam as referências clássicas sobre a produção do cuidado em saúde. Além disto, as formas tradicionais de movimentação dos sujeitos, individualmente ou em coletivos organizados, precisam dar espaço para novas formas de participação, envolvendo dirigentes e usuários que garantam uma maior horizontalidade, diálogo e postura propositiva para consolidar as conquistas e permitir, em longo prazo, progressos ainda maiores para suas localidades.

No entanto, observa-se o grave contexto político-econômico que se vivencia neste momento no país e que não apresenta indícios de recuperação em curto prazo,<sup>9</sup> o que afeta diretamente a cobertura dos serviços essenciais e as possibilidades de investimento em infra-estrutura. Neste quadro, faz-se ainda mais necessária a articulação entre os sujeitos sociais envolvidos e a aproximação entre os trabalhadores dos diversos serviços de saúde para compartilhar experiências exitosas, potencializar as ações e evitar maiores retrocessos, principalmente no espaço social de disputa da Saúde da Família.

## REFERÊNCIAS

1. Giovanella L, Mendonça MHH, Escorel S, Almeida PF, Fausto MCR, Andrade CLT, Martins MIC, Senna MCM, Sisson MC. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. *Saúde em debate*. 2010; 34(85):248-264.
2. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract*. 2013 Nov;63(616):e742-50. doi: 10.3399/bjgp13X674422.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família, 2019. [acesso em: 2019 set 22]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acesso-Publico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
4. Cardoso M de O, Vieira-da-Silva LM. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cad Saude Publica*. 2012;28(7):1273–84. doi.org/10.1590/S0102-311X2012000700006.
5. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*. 2004; 94(11):1864–74. doi: 10.2105/ajph.94.11.1864
6. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saude em Debate*. 2018;42(1):361–78.
7. Lima AS, Farah BF, Bustamante-Teixeira MT. Análise da prevalência da síndrome de burnout em profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Trab Educ e Saúde*. 2017;16(1):283–304.
8. Pochmann, M. Nova classe média? O trabalho na base da pirâmide social brasileira. São Paulo: Boitempo; 2012.
9. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes Filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019 Jul;394(10195):345–56. doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7
10. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
11. Mendes Rosilda, Pezzato Luciane Maria, Sacardo Daniele Pompei. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 June [cited 2020 July 23]; 21( 6 ): 1737-1746. doi.org/10.1590/1413-81232015216.07392016.
12. Martins Filho MT, Narvai PC. O sujeito implicado e a produção de conhecimento científico. *Saúde em Debate* 2013; 37(99): 646-54.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2014.
14. Assis MMA, Jorge MSB. Métodos de análise em pesquisa qualitativa no campo da saúde. In: Santana JSS, Nascimento MAA, organizadoras. Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana:UEFS; 2010. p.139-59.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. *Cadernos de Atenção Básica*; n. 28, v.1. Brasília: MS; 2011.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Revista Brasileira Saúde da Família. Relatos Premiados na IV Mostra. Brasília: MS; 2014.
17. Castro C, Vasconcelos A, Aguiar C, Xavier AL, Delgado LV, Santos R. Experiências inovadoras do cuidado na atenção básica. In: Ceccim RB et al. (Orgs.). *Intensidade na Atenção Básica: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 227-267.
18. Cardim Luciana Lobato, Ferraud Antonio Sergio, Pacheco Selma Turrioni Azevedo, Reis Renato Barbosa, Silva Marta Mariana Nascimento, Carneiro Deborah Daniela M. Trabuco et al . Análises espaciais na identificação das áreas de risco para a esquistossomose mansônica no município de Lauro de Freitas, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2011;27(5):899-908. doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500008.
19. Freire P. *Pedagogia da Esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2009.
20. Harris MF, Advocat J, Crabtree BF, et al. Interprofessional teamwork innovations for primary health care practices and practitioners: evidence from a comparison of reform in three countries. *J MultidiscipHealthc*. 2016;9:35-46. Published 2016 Jan 29. doi:10.2147/JMDH.S97371.