



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

LORENA MARQUES OLIVEIRA ANDRADE

**PRODUÇÃO DO CUIDADO À PESSOA COM DOENÇA
FALCIFORME NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

FEIRA DE SANTANA - BA
2017

LORENA MARQUES OLIVEIRA ANDRADE

**PRODUÇÃO DO CUIDADO À PESSOA COM DOENÇA
FALCIFORME NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Mestrado Profissional em Enfermagem do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Produção do Cuidado, Avaliação dos Serviços e Programas de Saúde em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Angela Alves do Nascimento

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Aisiane Cedraz Moraes

FEIRA DE SANTANA - BA

2017

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado

A568p Andrade, Lorena Marques Oliveira
 Produção do cuidado à pessoa com Doença Falciforme na Atenção
 Primária de Saúde / Lorena Marques Oliveira Andrade. – 2017.
 202 f.: il.

 Orientadora: Maria Angela Alves do Nascimento.
 Coorientadora: Aisiane Cedraz Moraes.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana,
 Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem, 2017.

 1. Cuidados de enfermagem – Planejamento. 2. Anemia Falciforme.
 3. Atenção Primária de Saúde – Feira de Santana, BA. I. Nascimento,
 Maria Angela Alves do, orient. II. Moraes, Aisiane Cedraz, coorient.
 III. Universidade Estadual de Feira de Santana. IV. Título.

CDU: 616-083: 616.155.194

LORENA MARQUES OLIVEIRA ANDRADE

**PRODUÇÃO DO CUIDADO À PESSOA COM DOENÇA
FALCIFORME NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Enfermagem do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Feira de Santana, 18 de dezembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Angela Alves do Nascimento
Universidade Estadual de Feira de Santana- UEFS
(Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Rosa Cândida Cordeiro
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia –UFRB
(1º Examinadora)

Prof.^a Dr.^a Juliana Alves Leite Leal
Universidade Estadual de Feira de Santana- UEFS
(2º Examinadora)

E aprendi que se depende sempre de tanta, muita, diferente gente. Toda pessoa sempre é as marcas das lições diárias de outras tantas pessoas. E, é tão bonito quando a gente entende que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá.

E, é tão bonito quando a gente sente que nunca está sozinho por mais que pense estar

(Gonzaguinha, música Caminhos do Coração).

É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos

(Fernando Pessoa).

AOS MEUS AMORES

Ao meu filho, razão da minha vida, **Ramon Andrade da Silva Filho** que é a minha alegria e motivação para alcançar meus objetivos. Filho, desculpe os momentos de ausência por ter que me dedicar horas no computador, estudando e lendo, mesmo querendo ficar com você, precisava me dividir nas duas tarefas de “ser mãe “ e “mestranda”. Não foi fácil, mas quem disse que na vida as coisas são fáceis? Hoje tenho muito orgulho de dizer “eu consegui”!
Te amo meu filho, com tudo que tenho!

A minha rainha **Joselita**, “mainha”, idealizadora desse sonho, sem você, com certeza, não estaria comemorando mais uma vitória! Mãe, não tenho palavras para agradecer o seu apoio e amor conosco, se não fosse a senhora nada disso teria acontecido. Obrigada por cuidar do meu filho para que eu pudesse estudar, ir para aulas e por sempre ter uma palavra que acalmava meu coração nos momentos de aflição. Te amo e serei grata eternamente!

Ao meu marido **Ramon Andrade da Silva**, meu primeiro e único amor, seu apoio foi fundamental na minha caminhada. Desculpe meus momentos de estresse e ausência, você sabe o quanto é importante este mestrado para mim. Obrigada por todo amor, respeito e carinho. Te amo!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À **Deus**, ao ser supremo, pela oportunidade da vida e a possibilidade de percorrer esse caminho evolutivo, por me capacitar em tantos momentos de dificuldade. A ti Senhor, toda honra e toda glória, Amém!

À **prof.^a Dr.^a Maria Angela Anves do Nascimento**, minha orientadora, mulher sensível e de um coração gigante, que carrega consigo um “arsenal” de conhecimento. Confesso, que para mim é um orgulho muito grande ser sua orientanda. Te agradeço carinhosamente por todos os momentos de paciência, compreensão, amizade e competência.

À **prof.^a Dr.^a Aisiane Cedraz Moraes**, minha co-orientadora, que se fez presente nessa jornada, nos enriquecendo com sua sabedoria e delicadeza. Obrigada por tudo “Aisi”, levarei para sempre seus ensinamentos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu amado e querido pai, **Emanoel da Silva Oliveira** pelo seu apoio, amor e carinho. Por sempre acreditar em mim e me incentivar a seguir na minha trajetória. Te amo “painho”!

Aos meus irmãos, **Marcelo e Junior** por vibrarem com minhas conquistas e por serem tão carinhosos comigo. Amo vocês!

A **minha família, tios, tias, primos e primas** por torcerem por mim de forma incansável em suas manifestações de apoio e carinho.

Às minhas irmãs de alma e coração, **Joana e Daniele** por se fazerem tão presentes em gestos de amor e cumplicidade, mesmo vivendo nesses dois anos, por duas vezes, a dor do tratamento do câncer do nosso João, do nosso “pretinho”. Eu creio, eu confio na misericórdia de Deus e na cura do nosso “anjo”.

A **Iraíldes**, por ter me incentivado a participar da seleção do mestrado, e pelas palavras de incentivo e carinho sempre.

Aos **amigos do Mestrado** que compartilharam comigo esses momentos de aprendizado.

Às amigas **Lara e Isis**, pelo companheirismo, apoio e momentos de alegria. Vocês foram presentes de Deus em minha vida!

Aos **docentes do mestrado**, pelas discussões e conhecimentos compartilhados.

Ao **NUPISC**, por possibilitar espaços de construção científica e de amizade.

A **UEFS**, por ter me acolhido no Mestrado e enquanto professora se configurando como oportunidades essenciais em minha vida pessoal e profissional.

A **todos os participantes** deste estudo, profissionais de saúde, usuários e gestores, pela disposição em ajudar no que deles dependesse para a realização da pesquisa.

Aos campos do estudo, **SMS, USF da Matinha, CMRPDF, HDPA e HEC**, pela disponibilidade e ter autorizado a realização desta pesquisa.

Enfim, agradeço a **todos** aqueles que de uma maneira ou de outra contribuíram para que este percurso pudesse ser concluído.

RESUMO

A produção do cuidado à pessoa com Doença falciforme (DF) na Atenção Primária de Saúde (APS) é importante uma vez que compreende a relação estabelecida entre usuário-profissional de saúde na busca da transformação das práticas de saúde centrada no usuário e em suas necessidades. Este estudo teve como objetivos analisar a produção do cuidado em saúde na APS à pessoa com DF nas dimensões institucionais e técnicas e compreender o processo de articulação entre o Centro Municipal de Referência à pessoas com Doença Falciforme (CMRPDF) e outros serviços de saúde para a produção do cuidado em saúde à pessoa com doença falciforme. Para tanto iniciamos o estudo com a discussão sobre a historicidade da APS no Brasil e no mundo e as principais concepções atuais. Posteriormente, discutimos a produção do cuidado em saúde baseada no acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização, formação profissional e resolubilidade. Trata-se de um estudo qualitativo, de abordagem crítico analítica, na perspectiva Hermenêutica-Dialética, tendo como cenários o CMRPDF, a Unidade de Saúde da Família da Matinha, Hospital Dom Pedro de Alcântara e o Hospital Estadual da Criança. Os participantes foram constituídos de três grupos: usuários assistidos na rede de atenção à saúde à pessoa com DF (grupo 1), profissionais de saúde atuantes nos serviços pesquisados (grupo 2) e gestores do CMRPDF, das Unidades Básicas de Saúde e da Atenção Básica (grupo 3), totalizando 23 participantes. Utilizamos como técnicas de coleta de dados a entrevista semiestruturada, a observação sistemática e a análise de documentos e como método de análise de dados Hermenêutica-Dialética. A partir do confronto dos dados emergiram duas categorias: 1- A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA APS À PESSOA COM DOENÇA FALCIFORME: (Des) articulação entre as dimensões institucionais e técnicas; 2 - INTERRELAÇÃO ENTRE O CMRPDF E OS SERVIÇOS DE SAÚDE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO À PESSOA COM DOENÇA FALCIFORME: implantação incipiente, sem contrapartida estabelecida e fragilidade na gestão. Quanto a produção do cuidado na APS à pessoa com DF os resultados evidenciaram uma invisibilidade da APS por parte dos usuários, bem como sua fragilidade em se constituir como porta de entrada preferencial no sistema, tendo o acolhimento dispensado às pessoas com DF restrito na maneira como é recebido, sem estabelecimento de relações de vínculo com usuário e baixa resolubilidade dos problemas de saúde. Sobre a desarticulação do CMRPDF com outros serviços citamos as dificuldades para realizar exames com alta densidade tecnológica e/ou procedimentos outros; a falta de articulação e comunicação dos serviços de APS e demais níveis de assistência; o sistema de referência e contrarreferência incipiente ou inexistente; a alta rotatividade profissional; o serviço de urgência e emergência despreparados no atendimento à pessoas com DF; os recursos financeiros restritos para manutenção e ampliação do serviço; a invisibilidade da doença nos planos municipais e no relatório de gestão. Consideramos necessária a organização da APS e da rede de serviços para a produção do cuidado à pessoa com doença falciforme, em busca da resolubilidade das necessidades de saúde dessas pessoas.

Palavras-chave: Atenção Primária de Saúde; Doença Falciforme; Produção do Cuidado.

ABSTRACT

The production of sickle-cell care (SCD) in Primary Health Care (PHC) is important since it encompasses the established relationship between health professional-user in the search for the transformation of health practices centered on the user and their needs. The purpose of this study was to analyze the production of health care in PHC to the person with SCD in the institutional and technical dimensions and to understand the process of articulation between the Cities' Reference Center for People with Sickle Cell Disease (CRPSCD) and other health services for the production of health care for the person with sickle cell disease. For that, we started the study with the discussion about the historicity of PHC in Brazil and in the world and the main current conceptions. Subsequently, we discuss the production of health care based on access, reception, bonding, accountability, professional training and resolubility. This is a qualitative study, with a critical analytical approach, in the Hermeneutic-Dialectic perspective, with scenarios such as the CRPSCD, Matinha's Family Health Unit, Dom Pedro de Alcântara Hospital and the Child State Hospital. The participants were made up of three groups: users assisted in the health care network to the person with SCD (group 1), health professionals working in the services surveyed (group 2) and managers of the CRPSCD, Basic Health Units and Basic Care (group 3), totaling 23 participants. We used as data collection techniques the semi-structured interview, systematic observation and analysis of documents and as a method of data analysis Hermeneutics-Dialectic. From the comparison of the data, two categories emerged: 1 - THE PRODUCTION OF CARE IN PHA TO THE PERSON WITH FALCIFORM DISEASE: (Un) articulation between the institutional and technical dimensions; 2 - INTERRELATION BETWEEN THE CRPSCD AND HEALTH SERVICES IN THE PRODUCTION OF CARE FOR THE PERSON WITH FALCIFORM DISEASE: incipient implantation, with no established counterpart and fragility in management. As for the production of PHC care for the person with SCD, the results showed a lack of PHC on the part of the users, as well as their fragility in being constituted as a preferential gateway in the system, with the reception being given to people with SCD restricted in the way is received, without establishment of relations of bond with user and low resolubility of health problems. Regarding the disarticulation of the CRPSCD with other services we cite the difficulties to perform examinations with high technological density and / or other procedures; lack of articulation and communication of PHC services and other levels of assistance; the reference system and incipient or non-existent counter-reference; high professional turnover; the emergency and emergency service unprepared in the care of people with SCD; the restricted financial resources for maintenance and expansion of the service; the invisibility of the disease in municipal plans and in the management report. We consider it necessary to organize the PHC and the service network for the production of care for people with sickle cell disease, in search of the resilubility of the health needs of these people.

Word-Key: Primary Health Care; Sickle Cell Disease; Care Production.

LISTA DE SIGLAS

ABADFAL- Associação Baiana de Pessoas com Doença Falciforme
ABS- Atenção Básica em Saúde
ACD- Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento
ACS- Agente Comunitário de Saúde
AIS- Ações Integradas de Saúde
AFADFAL- Associação Feirense de Pessoas com Doenças Falciforme
AF- Anemia Falciforme
APAE- Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
APS- Atenção Primária de Saúde
AVC- Acidente Vascular Cerebral
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEP- Comitê de Ética em Pesquisa
CNS- Conselho Nacional de Saúde
CPS- Cuidados Primários de Saúde
CRMPDF- Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme
CSU- Centro Social Urbano
DF- Doença Falciforme
EMAP- Equipe Multiprofissional de Apoio
EMAD- Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EqSF- Equipe de Saúde da Família
ESF- Estratégia Saúde da Família
HDPA- Hospital Dom Pedro de Alcântara
HEC- Hospital Estadual da Criança
HEMOBA- Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Estado da Bahia
HGCA- Hospital Geral Cleriston Andrade
IBGE- Instituto Brasileiro Geográfico Estatístico
IES- Instituição de Ensino Superior
LABCMI- Liga Álvaro Bahia Contra Mortalidade Infantil
LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LIS- Laboratório de Informática em Saúde
MRSB- Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NUPISC- Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva

OMS- Organização Mundial em Saúde

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAF- Programa Anemia Falciforme

PMS- Plano Municipal de Saúde

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PNAIPDF- Política de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme

PNTN- Programa Nacional de Triagem Neonatal

PSF- Programa Saúde da Família

RAS- Rede de Atenção à Saúde

RISS- Rede Integrada de Serviços de Saúde

RG- Relatório de Gestão

SAME- Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

SRTN- Serviço de Referência em Triagem Neonatal

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS- Unidade Básica de saúde

UEFS- Universidade Estadual de Feira de Santana

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

USF- Unidade de Saúde da Família

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO: ARTICULAÇÃO TEORIA X PRÁTICA	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	35
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE	35
2.2	A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE	47
3	METODOLOGIA	61
3.1	TIPO DE ESTUDO	61
3.2	CAMPOS DO ESTUDO	62
3.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	66
3.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO	70
3.5	MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS	77
3.6	QUESTÕES ÉTICAS	81
4	A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA APS À PESSOA COM DOENÇA FALCIFORME: (DES) ARTICULAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES INSTITUCIONAIS E TÉCNICAS	83
5	INTERRELAÇÃO ENTRE O CMRPDF E OS SERVIÇOS DE SAÚDE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO À PESSOA COM DOENÇA FALCIFORME: IMPLANTAÇÃO INCIPIENTE, SEM CONTRAPARTIDA ESTABELECIDADA E FRAGILIDADE NA GESTÃO.	151
6	SÍNTESE DO ESTUDO	178
	REFERÊNCIAS	185
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE	199
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTORES	200
	APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA USUÁRIOS	201
	APÊNDICE D - ROTEIRO OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA	202
	APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	203

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO: ARTICULAÇÃO TEORIA X PRÁTICA

A pesquisa PRODUÇÃO DO CUIDADO À PESSOA COM DOENÇA FALCIFORME NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE é um estudo do Núcleo de Pesquisa Integrado em Saúde Coletiva (NUPISC), da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), um subprojeto da pesquisa *Avaliação da Atenção Primária à Saúde: construção de modelo de análise*, coordenado pela professora Dr.^a Marluce Maria Araújo Assis (ASSIS et al., 2016).

A escolha do recorte para doença falciforme (DF) no contexto da Atenção Primária de Saúde (APS), não foi aleatória. Para tanto, fazemos algumas considerações sobre tal patologia, no intuito de apresentarmos a relevância desta investigação.

A doença falciforme é um termo utilizado para determinar um grupo de alterações genéticas caracterizadas pelo predomínio da hemoglobina S (Hb S). Essas alterações, segundo Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância à Saúde (BRASIL, 2002), incluem a anemia falciforme (enfermidade de indivíduo que possui dois genes anormais ou homozigotos) – Hb SS –, as duplas heterozigoses, ou seja, as associações de Hb S com outras variantes de hemoglobinas, tais como Hb D, Hb C, e as interações com talassemias (Hb S/ α talassemia, Hb S/ β + talassemia, Hb S/ β ^o talassemia)¹.

De acordo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), a doença falciforme originária na Ásia Menor e na África, foi trazida às Américas pela imigração forçada dos nativos africanos para trabalho escravo e é hoje encontrada em toda a Europa e Ásia. No Brasil distribuiu-se heterogeneamente, sendo mais prevalente onde a proporção de negros é maior. É encontrada também entre brancos, decorrente da miscigenação da população brasileira.

¹ Diante da diversidade de variantes da doença, neste estudo iremos adotar a terminologia doença falciforme uma vez que engloba todo o grupo de alteração genética e não apenas a anemia falciforme, já que nos campos de estudo poderemos encontrar pessoas com anemia falciforme e com outras variantes de hemoglobina.

No Brasil, a DF foi descoberta há 100 anos e apenas no ano de 1996 foi instituído o Programa Anemia Falciforme (PAF), (BRASIL, 1996). Após cinco anos da sua formação, no ano de 2001, o Ministério da Saúde, através da Portaria Ministerial GM nº 822/01 (BRASIL, 2001) criou o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) para determinadas enfermidades, que inclui o exame que detecta anemia falciforme e outras hemoglobinopatias, em 12 estados da Federação.

Segundo Watanabe e outros (2008), o exame de triagem neonatal foi um marco importante no controle da doença a partir do seu diagnóstico precoce fundamentado em rede organizada diante a potencialidade de promover um impacto nos indicadores da morbimortalidade, também causar, na população brasileira, significativa mudança na história natural da doença falciforme.

Desta maneira, consideramos que o Ministério da Saúde deu um importante passo nesse reconhecimento, uma vez que a DF apresenta elevada mortalidade e morbidade, necessitando de identificação, controle e tratamento precoces.

A doença falciforme é considerada, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), como um problema de saúde pública porque é uma enfermidade hereditária mais prevalente no mundo. Tal afirmativa é reforçada nos dados da triagem neonatal, conhecido popularmente como “teste do pezinho, ” sobre a realidade brasileira: nascem no Brasil cerca de 3.500 crianças por ano com doença falciforme e 200.000 com o traço falciforme entre os recém-nascidos vivos.

De acordo com Ramalho, Magna e Silva (2003), no Brasil, país com uma miscigenação da população, a incidência da DF é aproximadamente 1-3/1.000 nascidos vivos. Nesse contexto, em Estados como a Bahia, onde a ancestralidade africana tem maior predominância genética, o índice chega a 1/650 em recém-nascidos e um portador de traço falciforme para cada 17 nascimentos.

No município de Feira de Santana-BA, em 2010, foram levantados por Alves (2012) a média de 4 casos por 10.000 habitantes. Apesar de ser, a segunda maior população do Estado, e apresentar uma considerável população com a DF,

porém até 2012 o município não possuía um centro de atenção à saúde especializado para assistir esse grupo populacional.

Assim, diante de tais dados, visualizamos a alta prevalência e incidência da DF, o que podem tornar uma preocupação para saúde pública, uma vez que traz implicações para qualidade de vida e de saúde de uma parcela considerável da população.

Portanto, diante da magnitude da DF, vemos a relevância em estudá-la quer para academia, quer para os serviços de saúde. E, nesta perspectiva, precisa ser incorporada na prática pelos profissionais que atuam diretamente no cuidado a esses usuários, particularmente na Atenção Primária de Saúde (APS), e priorizada pelos gestores.

Tal prioridade justifica-se uma vez que a Atenção Primária de Saúde é considerada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a) como uma forma de organização dos serviços de saúde estratégica para integrar todos os aspectos desses serviços, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população. Além do mais, a APS está em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos valores permeiam a busca por um sistema de saúde universal e equânime, com foco na corresponsabilização entre população e setor público, baseado em um conceito de saúde como uma questão social.

De acordo Starfield (2002), a APS é concebida como o primeiro nível de atenção, aquele que é a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, devendo organizar o uso de todos os recursos básicos e especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Sobre a articulação dos outros níveis do sistema, foi implementado no país a política de Rede de Atenção à Saúde (RAS) que é considerada a organização do conjunto de serviços de saúde, de forma não hierárquica, vinculados entre si por uma ação cooperativa que busca garantir a integralidade do cuidado. Nessa RAS espera-se que a Atenção Primária de Saúde se constitua como porta de entrada preferencial, principal provedora da atenção e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2010a).

Tais entendimentos sobre APS² apresentam convergência com os princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade), sendo no Brasil denominada de Atenção Básica em Saúde (ABS) devido a finalidade de reorientação do modelo assistencial com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde (FAUSTO; MATTA 2007).

Todavia, nos embasaremos, neste estudo em Assis e outros (2016), para conceituar a APS, concebida como espaço de intervenção dos sistemas de saúde fundamentais para assegurar a atenção universal, devendo assumir a coordenação e mediação da produção do cuidado.

Nesta perspectiva iremos nortear este estudo, entendendo a APS como um espaço de intervenção dos sistemas de saúde articulada à produção do cuidado à saúde, concebida por Merhy (1998), como processo de trabalho em saúde, que se realiza sempre mediante o encontro entre trabalhador e usuário, centrado no trabalho vivo em ato³, que consome trabalho morto⁴ visando a produção do cuidado.

Por sua vez, Assis, Nascimento e outros (2010), na produção do cuidado à saúde defendem a necessidade de desconstruir a prática do cuidado focada exclusivamente nos saberes biomédicos, concebendo-a a partir das dimensões: acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização, formação profissional e resolubilidade.

² Neste estudo, optamos por usar a terminologia Atenção Primária de Saúde ao invés de Atenção Básica à Saúde pela concepção mais ampliada, não restrita ao primeiro nível, fazendo-se necessário a intersetorialidade, entendida como a interação entre os setores de planejamento, execução e monitoramento das intervenções para enfrentamento das necessidades de saúde, buscando superar a fragmentação das políticas públicas. Todavia, nesta dissertação encontram também a terminologia Atenção Básica em Saúde ou ABS, em respeito às citações dos autores referenciados.

³ **Trabalho vivo em ato:** o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Este trabalho será sempre presencial e poderá agregar a intersubjetividade em todo o seu desenvolvimento. O trabalho vivo dá às práticas de saúde a liberdade, a possibilidade de os sujeitos exercerem a sua capacidade criativa para a resolução dos problemas de saúde (MERHY, 1998).

⁴ **Trabalho morto:** refere-se a máquinas, instrumentos, e possui esse nome porque sobre as máquinas já se aplicou determinado trabalho anterior (MERHY, 1998).

Compreendemos que tais dimensões de análise da produção do cuidado são ferramentas fundamentais e estruturantes para reorganizar o processo de trabalho em saúde. Contudo, segundo Franco, Bueno e Merhy (1999), cada equipe de saúde terá que ter responsabilidade sobre as necessidades de saúde demandadas pelos usuários e sobre a forma como serão planejadas as ações de saúde para dar resolubilidade.

A partir das considerações iniciais sobre o objeto de estudo, PRODUÇÃO DO CUIDADO À PESSOA COM DOENÇA FALCIFORME NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE, o interesse por este estudo emergiu, não apenas da nossa prática profissional quer como enfermeira do *Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme* (CMRPDF) no município de Feira de Santana / BA, quer como docente da Universidade Estadual de Feira de Santana, no acompanhamento de discentes do curso de graduação em Enfermagem da UEFS no Estágio Supervisionado I, tendo como cenário uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada na zona rural de Feira de Santana, Distrito de Matinha, uma comunidade remanescente de quilombo, majoritariamente com uma população negra e rurícola, com histórico de pessoas diagnosticadas com doença falciforme, dentre elas a anemia falciforme.

De acordo com dados, (Doc. 5), do Serviço de Atenção Básica do município (FEIRA DE SANTANA, 2017a) a Matinha possui cinco pessoas com DF cadastrados e 100 com traço falciforme. Contudo, acreditamos que seu quantitativo seja maior já que se trata de uma população afrodescendente, a qual está mais vulnerável a doença devido a questão raça/cor e pelo grande número de casamentos consanguíneos, com possibilidades às maiores chances de ocorrência da doença falciforme.

Como profissional, quer com enfermeira, quer como enfermeira-docente, tivemos experiências no trato às pessoas com DF. Na nossa experiência enquanto docente nesse cenário, percebemos algumas dificuldades de atenção à saúde relacionadas tanto dos profissionais que atendem às pessoas com DF nos serviços, quanto dos discentes de enfermagem; por se tratar de uma patologia que muitas vezes não é aprofundada na academia e não é permanentemente colocada como tema de educação para o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde. Por conseguinte, para discutir com os referidos discentes da UEFS, realizamos um estudo de caso com um

usuário com doença falciforme com objetivo não apenas de proporcionar uma educação permanente, mas também valorizar o cuidado integral e resolutivo, tendo em vista o preparo da equipe de saúde para lidar com as especificidades da doença falciforme.

Como enfermeira, tivemos a oportunidade de atuar no *Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme* por sete meses na atenção às demandas das pessoas referenciadas com DF das Unidades de Saúde da Família (USF), da rede hospitalar ou aquelas de demanda espontânea.

Ressaltamos que iniciamos as atividades no referido Centro em 2012, como partícipe do processo de implantação tendo, inclusive, visitado o *Centro de Referência em Doença Falciforme do município de Camaçari - BA*, com o objetivo de conhecer a sua dinâmica organizacional e funcionamento. Naquele momento, recebemos uma formação profissional a respeito da DF no Hospital Geral Cleriston Andrade (HGCA) sobre curativos das úlceras crônicas maleolares, um problema de saúde que atingi pessoas com DF (BRASIL, 2002).

No decorrer do nosso trabalho como enfermeira desse Centro, realizamos atividades como cadastramento dos usuários ao Programa, consultas de enfermagem, orientação genética, atividades de educação em saúde às família e usuários, educação permanente à equipe de enfermagem e outros profissionais de saúde.

A experiência como enfermeira acompanhando o processo saúde-doença de alguns usuários com DF nos permitiu perceber e observar as dificuldades que os mesmos apresentavam na rede de atenção à saúde como acesso aos serviços de saúde, falta de acolhimento, desconhecimento por parte dos profissionais sobre a doença, inadequação da estrutura física das instituições, organização social incipiente - apenas em março de 2012 foi instituída a Associação Feirense de Pessoas com Doenças Falciforme (AFADFAL) - e baixa resolubilidade dos problemas apresentados, referendados inclusive pelos usuários e suas famílias.

Como vemos, a maioria das dificuldades está relacionada as dimensões política, organizacional e técnica. De acordo Assis e outros (2011, p.51), a dimensão política envolve os programas especiais, pactuação entre as instâncias (Estadual e Municipal); participação e organização social; a dimensão institucional compreende planejamento das atividades, estrutura física, equipe de saúde, jornada de trabalho da equipe e a dimensão técnica que englobam integralidade da atenção, acolhimento, vínculo, compromisso e organização da rede de serviço.

Tais dificuldades levaram-nos, por um lado, a algumas inquietações e por outro, o interesse em estudar a produção do cuidado para a pessoa com doença falciforme na perspectiva da Atenção Primária de Saúde, tendo em vista que os usuários com diagnóstico de uma patologia complexa como a DF podem, muitas vezes, ter limitações em sua vida pessoal e profissional.

A nossa realidade enquanto enfermeira nos possibilitou, inclusive, atentar para o desconhecimento da doença falciforme de alguns gestores e profissionais da saúde, o que pode dificultar a garantia de uma atenção à saúde pautada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Desta forma, entendemos que precisamos resignificar a prática de saúde com o protagonismo do usuário do SUS com DF, percebendo-o como sujeito, com direito à uma produção do cuidado respaldada numa prática acolhedora, responsável e resolutiva. Por conseguinte, sentimos a necessidade de pesquisar como tem sido a produção do cuidado em saúde na APS às pessoas com a doença falciforme, considerando-se as seguintes **questões norteadoras**:

Como se processa a produção do cuidado no cotidiano da APS à pessoa com doença falciforme nas dimensões institucionais e técnicas?

Como o *Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme* se articula com a rede de atenção à saúde para a produção do cuidado à pessoa com doença falciforme?

Assim, elaboramos como **objetivos** deste estudo:

Analisar a produção do cuidado em saúde na APS à pessoa com doença falciforme nas dimensões institucionais e técnicas.

Compreender o processo de articulação entre o *Centro Municipal de Referência à pessoas com Doença Falciforme* e outros serviços de saúde para a produção do cuidado em saúde à pessoa com doença falciforme.

Todavia, para dar início ao estudo, procuramos conhecer as produções científicas já publicadas sobre este objeto de estudo, fizemos um levantamento nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), SciELO, utilizando os descritores Atenção Primária de Saúde e Produção do Cuidado no contexto da doença falciforme.

No primeiro levantamento, busca simples, identificamos os estudos publicados nas bases de dados LILACS e SciELO, considerando cruzamento dos descritores atenção primária à saúde e doença falciforme e/ou anemia falciforme, no total de 12 produções científicas.

Em seguida, no segundo momento, realizamos uma busca detalhada, considerando-se os seguintes critérios de exclusão: publicações dos últimos dez anos (entre 2006 e maio de 2016) com os descritores relacionados ao objeto da pesquisa (APS e DF e/ou anemia falciforme) e produções científicas completas. Mediante tais critérios, foram excluídos cinco (5) produções científicas (duas delas repetidas, uma não disponibilizada na íntegra e duas não contemplavam o objeto da pesquisa), totalizando-se em sete (7) publicações (Quadro 1). Fazemos uma ressalva que tais estudos relacionados foram publicados apenas a partir de 2007.

Quadro 1 Estudos sobre ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE e DOENÇA FALCIFORME- base de dados Lilacs e SciELO entre 2006/2016. Feira de Santana, abr.-maio/2016.

ESTUDOS	OBJETIVO	SÍNTESES/CONCLUSÕES/ CONSIDERAÇÕES FINAIS
AMARAL, Júlia Lamese et al. Perfil sóciodemográfico, econômico e de saúde de adultos com doença falciforme. Rev. Rene. v. 16, n.3, p. 296-305, maio-jun., 2015.	<u>Descrever</u> características sociodemográficas e econômicas, hábitos de vida, manifestações clínicas, medicamentos em uso e acompanhamento de adultos com doença falciforme.	A maioria da população foi formada de mulheres, casadas, com Ensino Médio completo, que utilizava exclusivamente o SUS. As implicações da DF poderiam ser minimizadas por meio de cuidados de saúde condizentes às necessidades desses adultos sem serviços de atenção primária, secundária e terciária.
CARVALHO, Suzana Cardoso et al. Em busca da equidade no sistema de saúde brasileiro: o caso da doença falciforme. Saúde Soc. , São Paulo, v. 23, n. 2, p. 711-718, jun. 2014.	Reconhecer o PNTN para a doença falciforme como uma ação que respeita o princípio de equidade no sistema de saúde brasileiro.	Constatou-se que a meta do programa é identificar, tratar e prevenir as complicações da patologia precocemente, acompanhando e orientando o indivíduo portador, família e sociedade, independentemente de suas características físicas e condição social.
GOMES, Ludmila Mourão Xavier et al. Acesso e assistência à pessoa com anemia falciforme na Atenção Primária. Acta Paul. Enferm. , São Paulo, v. 27, n. 4, p. 348-355, ago. 2014.	Conhecer a opinião dos agentes comunitários de saúde sobre o acesso e a assistência à pessoa com anemia falciforme.	O acesso da pessoa com DF à unidade de saúde ocorre apenas em situações de episódios agudos. Verificou-se a existência de barreira entre a pessoa doente e a unidade de saúde. Na perspectiva dos ACS a situação da assistência à pessoa com anemia falciforme se mostrou precária e o acesso limitado.
SANTANA, Camila Araújo; CORDEIRO, Rosa Cândida; FERREIRA, Sílvia Lúcia. Conhecimento de enfermeiras sobre educação para o autocuidado na anemia falciforme. Rev. Baiana Enferm. ; v. 27, n. 1, p. 4-12 jan.-abr. 2013.	<u>Descrever</u> e <u>analisar</u> o conhecimento das enfermeiras que atuam nas unidades de saúde da família sobre educação para o autocuidado na anemia falciforme	As enfermeiras sentem dificuldade para planejar as atividades e o acompanhamento das pessoas que vivem com a doença nas unidades básicas de saúde. O conhecimento das enfermeiras sobre educação para o autocuidado na anemia falciforme, numa perspectiva de educação em saúde, é importante para repensar a inserção dessas pessoas na atenção básica.
FERRAZ, Sabrine Teixeira. Acompanhamento clínico de crianças portadoras de anemia falciforme em serviços de atenção primária em saúde. Rev. Méd. Minas Gerais ; v. 22, n. 3, set. 2012.	<u>Contribuir</u> para o planejamento de estratégias para o controle da anemia falciforme por profissionais da atenção primária à saúde. <u>Descrever</u> aspectos relacionados à etiologia da doença, seu diagnóstico, suas manifestações clínicas.	O manejo dos pacientes com anemia falciforme deve basear-se na atenção primária com ênfase em programas que usem tecnologias simples e atinjam grande proporção da comunidade.
BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados. Linha de cuidado em doença falciforme. Brasília; Ministério da Saúde; 36 p., 2009.	<u>Contribuir</u> para a promoção de uma mudança na história natural da doença falciforme no Brasil, de modo a reduzir a taxa de morbimortalidade. <u>Promover</u> longevidade, com qualidade de vida, às pessoas com essa doença.	80% das pessoas acometidas por DF podem ter suas intercorrências e necessidades atendidas com boa resolutividade na Atenção Primária. Porém, a estruturação dos serviços para acompanhamento da DF requer um trabalho de capacitação dos profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde e nas ESF para o reconhecimento dos sinais e sintomas da doença, como também para a prestação dos cuidados necessários.
KIKUCHI, Berenice A. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. , São José do Rio Preto, v. 29, n. 3, p. 331-338, Set. 2007.	<u>Contribuir</u> para a atenção qualificada dessas pessoas na atenção básica e <u>estimular</u> a produção de conhecimentos.	A bibliografia de cuidados de enfermagem e doença falciforme é escassa ou inexistente. Os cuidados aqui mencionados fazem parte dos cuidados gerais de enfermagem, que foram conciliados com nossa prática em atender doentes falciformes e familiares.

Fonte: elaborado pela pesquisadora

Dos sete (7) artigos apresentados no quadro 1, dois (2) deles são específicos da área de Enfermagem (conhecimento e assistência sobre a doença), um (1) epidemiológico (perfil) e quatro (4) relacionados a atenção à saúde. As publicações destacam a importância da inserção dos usuários com doença falciforme na APS, considerada uma das portas de entrada da rede de atenção à saúde e enfatizam que a equipe de saúde deve estar preparada para acompanhar, tratar e prevenir as complicações da doença, bem como, atender as demandas de saúde do usuário e sua família. Fazem referência às dificuldades de acesso às unidades de saúde, falta de planejamento das atividades e acompanhamento por parte das enfermeiras que assistem diretamente as pessoas com doença falciforme, conforme os estudos documentados a seguir.

Os estudos *Acesso e assistência à pessoa com anemia falciforme na Atenção Primária* (GOMES et al., 2014) e o *Acompanhamento clínico de crianças portadoras de anemia falciforme em serviços de atenção primária em saúde* (FERRAZ, 2012) evidenciaram que a situação da assistência à saúde prestada à pessoa com anemia falciforme (AF) mostrou-se ineficiente uma vez que: os profissionais desconhecem as peculiaridades do acompanhamento às pessoas com doença falciforme; tem acesso limitado à unidade básica de saúde e não reconhecem a atenção primária como lugar para cuidar de vários aspectos de sua saúde.

Esses estudos ainda reportam que o acesso da pessoa com anemia falciforme aos serviços de saúde deve ocorrer por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), por considerarem a porta de entrada para todo o sistema de saúde. Porém, ao assumir a coordenação do cuidado a ESF deve ser a responsável pelo encaminhamento do usuário aos outros níveis de atenção, organizados em redes assistenciais interligadas.

Entretanto, Gomes e outros (2014) concordam que apesar da ESF ser responsável na assistência à pessoa com doença falciforme, reforçam a importância do vínculo das pessoas com a DF e seus familiares com a equipe de saúde da atenção primária, pois é essencial para facilitar a compreensão sobre a doença, antecipar situações de riscos e evitar complicações que necessitem de intervenção hospitalar.

Diante da necessidade de articular uma rede de atenção integral às pessoas com DF, que por muitos anos ficou invisível no sistema de saúde do Brasil, o Ministério da Saúde cria o Manual de Educação em Saúde a partir do estudo *Linha de cuidado em doença falciforme* (BRASIL, 2009) que visou contribuir para a promoção de uma mudança na história natural da doença falciforme no Brasil, de modo a reduzir a taxa de morbimortalidade e de promover longevidade, com qualidade de vida, às pessoas com essa doença.

De acordo com tal estudo, a ausência da DF na APS se deve à invisibilidade que a referida enfermidade teve ao longo dos anos no sistema de saúde. As pessoas que conseguiam ser diagnosticadas eram encaminhadas aos centros de atenção hematológica e lá permaneciam ao longo de sua vida, sendo acompanhadas pelos hematologistas credenciados aos centros (BRASIL, 2009).

Até então, como conhecemos, não existia um serviço de atenção integral, multidisciplinar próximo a moradia da pessoa com DF, que visasse a promoção e proteção da saúde desse usuário em uma perspectiva holística o que, de certa forma, dificulta o acesso das pessoas, já que os atendimentos se concentravam nos grandes centros, culminando em uma grande demanda reprimida que o serviço não consegue dar conta. Assim estruturar uma linha de cuidado em doença falciforme seria uma tentativa de melhorar a atenção ofertada objetivando redução das taxas de morbimortalidade e promoção de qualidade de vida as pessoas adoecidas pela doença falciforme.

Apesar do estudo *Conhecimento de enfermeiras sobre educação para o autocuidado na anemia falciforme* (SANTANA; CORDEIRO; FERREIRA, 2013), apesar das enfermeiras investigadas entenderem o princípio básico da teoria do autocuidado, elas não conseguem organizar as ações necessárias no acompanhamento das pessoas com anemia falciforme que são atendidas nas Unidades de Saúde da Família. Todavia, entendemos que é necessário o conhecimento das mesmas para que possam transformar a prática, dando autonomia ao cidadão para o autocuidado da anemia falciforme, numa perspectiva de um repensar a inserção dessas pessoas na atenção básica.

Complementando a discussão sobre o conhecimento das enfermeiras sobre educação para o autocuidado na anemia falciforme proposto no estudo de (SANTANA; CORDEIRO; FERREIRA, 2013), o estudo *Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica* (KIKUCHI, 2007) buscou contribuir para qualificar a atenção prestadas pelos enfermeiros e equipe às pessoas com doença falciforme na atenção básica e estimular a produção de conhecimentos que considerou escassa ou inexistentes. Além do mais, o estudo destacou os profissionais da enfermagem como agentes políticos de transformação social pela possibilidade da longevidade e qualidade de vida das pessoas com doença falciforme, devendo assim ser coordenadores do cuidado prestado a essas pessoas e seus familiares na busca de contribuir para o SUS equânime.

Entendemos que a ênfase dada nesses estudos à APS, especificamente à Estratégia Saúde da Família, como base para consolidação de redes coordenadas de atenção à saúde tem o objetivo de garantir o acesso dos usuários com doença falciforme na perspectiva de uma assistência integral com destaque às tecnologias de saúde em prol da produção do cuidado individual e coletiva, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida e sobrevida dos usuários.

Por sua vez, os estudos *Em busca da equidade no sistema de saúde brasileiro: o caso da doença falciforme* (CARVALHO et al., 2014) e *Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de adultos com doença falciforme* (AMARAL et al., 2015) consideram que a doença falciforme possui um agravante social, uma vez que indivíduos com menor condições socioeconômicas apresentam maior morbimortalidade. Dessa forma, o Estado precisa garantir uma atenção gratuita e eficaz com um olhar diferenciado para atender com justiça esses usuários.

Ratificando essa realidade, o estudo já referido *Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de adultos com doença falciforme* (AMARAL et al., 2015) ressalta que os aspectos sociais proporcionam influência significativa na vida das pessoas com doença crônica, como o portador de doença falciforme, por apresentar grande vulnerabilidade ao adoecimento ou morte.

Ademais, o estudo *Conhecimento de enfermeiras sobre educação para o autocuidado na anemia falciforme* (SANTANA; CORDEIRO; FERREIRA, 2013), ressalta que as pessoas que convivem com a doença falciforme, em sua grande maioria, pertencem a uma classe social desprivilegiada economicamente, com maior vulnerabilidade social, o que pode ser altamente prejudicial quando não acompanhadas adequadamente pelos serviços de saúde.

Nesta perspectiva percebemos que, o princípio de equidade na APS, precisa ser assegurado, para garantir ao usuário assistência integral e resolutiva à saúde, independentemente de suas características físicas, raciais e condição socioeconômica.

A partir do levantamento das produções científicas observamos que existe uma escassez de publicações sobre cuidados de enfermagem à doença falciforme na língua portuguesa, o que fortalece o nosso interesse ao estudo. Um aspecto relevante nesse contexto é a atividade educação em saúde para transformação das práticas e a representação da força social em prol de uma saúde pública mais efetiva. Outrossim, reforçamos que a estruturação dos serviços para acompanhamento da DF requer um trabalho de capacitação dos profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas da doença para a prestação dos cuidados necessários, além de destacar que 80% das pessoas acometidas por DF podem ter suas intercorrências e necessidades atendidas com resolutividade na Atenção Primária.

Portanto, consideramos com esse levantamento das produções científicas não só a necessidade de publicização de estudos direcionados às temáticas APS e DF -notória sua baixa publicação- como também é visível à importância de uma melhor estruturação dos serviços que atendem às pessoas com DF, a fim de ampliar o acesso dos usuários aos estabelecimentos de saúde para que a procura pelo serviço não aconteça apenas em eventos agudos da doença. Além de promover capacitação permanente da equipe multidisciplinar que presta cuidado a esses usuários com ênfase ao uso de tecnologias simples na APS, objetivando atingir a maioria da população em busca da atenção em saúde focada nas suas necessidades sociais.

Em outro momento, cruzamos os descritores doença falciforme e/ou anemia falciforme e cuidado em saúde sendo encontrado inicialmente 21 artigos (que foram publicados a partir do ano de 2003). Mas quando submetido aos mesmos critérios, quatro (4) deles foram excluídos por repetição, dois (2) por serem incompletos (resumos) e seis (6) por não contemplarem o descritor DF e cuidado em saúde quando foram selecionados nove (9) estudos (Quadro 2).

Quadro 2 Estudos sobre DOENÇA FALCIFORME e CUIDADO EM SAÚDE- base de dados Lilacs e SciELO entre 2006-2016. Feira de Santana, abr.-maio de 2016.

ESTUDOS	OBJETIVO	SINTESES/ CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS
CALVO-GONZÁLEZ, Elena. Biotecnologias de baixa complexidade e aspectos cotidianos do “cuidado”: a triagem neonatal e a detecção da doença falciforme no Brasil. História, Ciências, Saúde – Manguinhos , Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.79-94, jan.-mar., 2016.	<u>Discutir</u> a relação entre a aplicação de tecnologias médicas de baixa complexidade e as diversas noções de “cuidado” envolvidas no processo de detecção neonatal da doença falciforme.	A inserção da tecnologia diagnóstica do teste do pezinho nas redes de “cuidado” existentes, ou criadas após o diagnóstico, pode tornar-se parte fundamental nos fluxos da vida, sem necessariamente tornar-se a norteadora dela
CARVALHO, Elvira Maria Martins et al., Doença falciforme nas pesquisas em enfermagem: uma revisão integrativa. Rev. Baiana Enferm. , v. 29, n.1, 2015.	<u>Identificar</u> como os profissionais de enfermagem vêm abordando a pessoa com doença falciforme.	São incipientes as produções de enfermagem relacionadas ao cuidado da pessoa com DF, frente à avaliação para atenuar a dor e sua ocorrência, na perspectiva da prevenção e do autocuidado envolvendo a família e a equipe de enfermagem.
BARSAGLINI, Reni Aparecida; PAZ, Késia Marisla da; LEMOS, Patricia Lima. Qualidade de vida e cuidado às pessoas com doença falciforme. Interface , v. 19, n. 52, p. 195-200, mar., 2015.	<u>Proporcionar</u> maior visibilidade às necessidades do grupo social em questão e às implicações oriundas da anemia falciforme.	Chama a atenção para que as políticas de saúde sejam culturalmente mais sensíveis, resolutivas e equânimes, diante das desigualdades sociais que se refletem na totalidade deste segmento historicamente fragilizado.
SANTOS, Pâmella Naiana Dias dos. et al.. Anemia falciforme: caracterização dos pacientes atendidos em um ambulatório de referência. Cogitare Enferm. , v. 19, n. 4, p. 785-793, out.-dez., 2014.	<u>Descrever</u> perfil clínico, social e demográfico de pacientes com anemia falciforme atendidos em ambulatório de referência para Hematologia Pediátrica.	Os resultados podem subsidiar o planejamento e ajustes no cuidado ao paciente com anemia falciforme e seus familiares neste serviço ambulatorial e também em outros semelhantes. (AU);
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados. Doença falciforme atenção e cuidado: a experiência brasileira 2005-2010 , Brasília; Ministério da Saúde; p. 79, 2014a.	<u>Registrar</u> o processo de estruturação, no Brasil, de uma política pública de âmbito nacional, voltada para a atenção e cuidado de uma doença com presença significativa em todas as regiões do País.	A política de atenção integral à DF praticada no Brasil produziu resultados bastante benéficos. Embora a informatização dos centros de referência ainda não nos permita obter dados concretos, já podemos divulgar resultados pontuais.
CORDEIRO, Rosa Cândida. et al. Itinerários terapêuticos de pessoas com anemia falciforme face às crises dolorosas. Rev. Enferm. UERJ ; v. 21, n. 2, p. 179-184, abr.-jun. 2013a.	<u>Conhecer</u> o itinerário terapêutico de pessoas com anemia falciforme em crises dolorosas	As pessoas com anemia falciforme circulam pelos subsistemas: familiar, profissional e popular, sendo recorrente a referência à adoção de cuidados domésticos para manutenção do bem-estar, na prevenção e enfrentamento das crises dolorosas
WEIS, Margani Cadore et al. A experiência de uma família que vivencia a condição crônica por anemia falciforme em dois adolescentes. Saúde debate , Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 597-609, dez. 2013.	Compreender como os serviços de saúde têm participado do cuidado a pessoas com anemia falciforme e suas famílias.	Mesmo existindo Políticas e Programas de atenção à saúde, cabe também aos profissionais se comprometerem para garantir o direito à saúde dessas pessoas.
ARAUJO, Paulo Ivo C. O autocuidado na doença falciforme. Rev. Bras. Hematol. Hemoter , São José do Rio Preto, v. 29, n. 3, p. 239-246, set. 2007.	<u>Mostrar</u> o autocuidado em DF em quatro fases distintas da pessoa afetada pela doença – criança, adolescência, gestante e adultos.	O papel do profissional de saúde que irá trabalhar a filosofia do autocuidado com o cliente/família com doença falciforme é diagnosticar e tratar as respostas da clientela e seu tratamento, avaliando os resultados no sentido do bem-estar e da saúde.
LAGUARDIA, Josué. No fio da navalha: anemia falciforme, raça e as implicações no cuidado à saúde. Rev. Estud. Fem. , Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 243-262, 2006.	<u>Criticar</u> os pressupostos, epidemiológicos e biológicos enfatizando as implicações éticas decorrentes da racialização das doenças.	Ainda estamos pouco cientes das dinâmicas causais que determinam a distribuição diferencial dos problemas de saúde, pré-requisito para o desenvolvimento e direcionamento de programas e serviços efetivos para redução das iniquidades.

Fonte: elaborado pela pesquisadora

Dos nove (9) artigos selecionados apresentados no quadro 2 apenas um (1) é específico da área de Enfermagem (conhecimento da enfermagem na abordagem à DF), cinco (5) sobre cuidado, um (1) epidemiológico (perfil), um (1) sobre raça e implicações no cuidado e um (1) sobre itinerário terapêutico, todos os estudos ratificam a importância do cuidado à saúde das pessoas com doença falciforme para manutenção da vida e bem-estar biopsicossocial.

Eles ainda fazem referência ao compromisso dos profissionais para garantir o direito à saúde das pessoas com DF, além de destacar que a atuação do profissional de saúde que irá trabalhar o autocuidado com o indivíduo/família com doença falciforme é diagnosticar e tratar as respostas do indivíduo e seu tratamento, avaliando os resultados no sentido do bem-estar e da saúde.

O estudo *Doença falciforme atenção e cuidado: a experiência brasileira 2005-2010* (BRASIL, 2014a) buscou registrar o processo de estruturação, no Brasil, de uma política pública de âmbito nacional, voltada para a atenção e cuidado de uma doença com presença significativa em todas as regiões do País. A *Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme* (BRASIL, 2005) começou a ganhar formas efetivas, a partir de 2005, uma política que busca atender a uma das determinações do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a do usuário como o centro da linha de cuidado integral.

Nesse estudo ficou evidenciado que a Política de Atenção Integral à Doença Falciforme praticada no Brasil produziu resultados significativos e benéficos. Contudo, a informatização dos Centros de Referência ainda não permite obter dados concretos, o que limita a análise aproximada da realidade sobre os indicadores produzidos por esses centros (BRASIL, 2014a).

No que se refere a categoria raça-cor observamos que existe uma disparidade dos indicadores de saúde da população negra e da população branca, evidenciando assim a maior vulnerabilidade desta população. O estudo *No fio da navalha: anemia falciforme, raça e as implicações no cuidado à saúde* (LAGUARDIA, 2006) mostrou que as propostas de políticas de saúde para a população negra têm uma história recente no cenário político brasileiro, com um destaque especial para o

Programa Nacional de Anemia Falciforme (BRASIL,1996). Esse programa é o resultado das ações políticas do movimento negro em prol do reconhecimento da anemia falciforme como uma doença prevalente na população negra brasileira.

Para Laguardia (2006), o benefício das ações em saúde para os grupos étnico raciais depende de um entendimento dos programas de saúde, do conceito e do significado das diferenças humanas e como essas diferenças interagem criticamente na apropriação das informações sobre saúde e doença diante de normas e valores que se distanciam dos padrões tradicionais. Esse estudo fez referência ao pouco entendimento dos profissionais de saúde sobre as causas que determinam a distribuição diferenciada dos problemas de saúde, um pré-requisito para o desenvolvimento e direcionamento de programas e serviços efetivos para redução das iniquidades.

Destacamos o estudo *Qualidade de vida e cuidado às pessoas com doença falciforme* (BARSAGLINI; PAZ; LEMOS, 2015) ao chamar atenção para que as políticas de saúde sejam culturalmente mais sensíveis, resolutivas e equânimes, diante das desigualdades sociais que se refletem na totalidade desse segmento historicamente fragilizado para que assim possam proporcionar maior visibilidade às necessidades do grupo social em questão e às implicações oriundas da doença falciforme.

O SUS preconiza o exercício do controle social, o qual consideramos como uma ferramenta indispensável e eficaz para o seguimento efetivo e com qualidade de uma política pública, principalmente aquela voltada para a promoção e cuidado à saúde. Contudo, o estudo de Barsanglini, Paz e Lemos (2015) objetivou proporcionar maior visibilidade às questões sobre o cotidiano das pessoas mais afetadas pela doença falciforme, ao mesmo tempo defendem o apoio as pessoas com DF e familiares, não restrito às decorrências da doença, mas à pessoa nas suas demais necessidades, remetendo ao princípio da integralidade da atenção.

Na direção do princípio da integralidade, os estudos *Doença falciforme nas pesquisas em enfermagem: uma revisão integrativa* (CARVALHO et al., 2015) e *Bioteχνologias de baixa complexidade e aspectos cotidianos do “cuidado”: a triagem neonatal e a detecção da doença falciforme no Brasil* (CALVO-GONZÁLEZ, 2016)

consideram que na prática do cuidado o indivíduo nunca é considerado separado das redes sociais de interesse e vínculo complexos e processuais, numa abordagem da integralidade.

Entretanto, para Carvalho e outros (2015) a assistência integral deve ser voltada não apenas para o cuidado físico, mas também para o cuidado emocional, social e cultural da pessoa com doença falciforme. Além disso, deve estar direcionada para a prevenção de complicações decorrentes da doença e para a promoção da melhoria de qualidade de vida da pessoa.

Nesse estudo também mostrou que ainda são incipientes as produções de enfermagem relacionadas ao cuidado à pessoa com doença falciforme no que se refere à avaliação para atenuar a dor e a sua ocorrência, na perspectiva da prevenção e do autocuidado envolvendo a família e a equipe de enfermagem.

Ademais, percebemos a necessidade da/o enfermeira/o buscar a construção de conhecimentos que oriente à sua prática de cuidado, valorizando o processo de trabalho que acontece entre usuário e trabalhador de saúde, tendo em vista a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem à pessoa com doença falciforme, bem como manutenção da sua autonomia enquanto sujeito no processo saúde- doença.

Outro aspecto relevante ao cuidado da pessoa com doença falciforme é o desenvolvimento do autocuidado, uma oportunidade para o empoderamento do sujeito adoecido, bem como manter sua autonomia frente ao seu processo de saúde-doença.

Diante desta perspectiva, o estudo *O autocuidado na doença falciforme* (ARAUJO, 2007) objetivou mostrar o autocuidado em DF em quatro fases distintas da pessoa afetada pela doença: criança, adolescência, gestante e adultos, já que cada fase possui suas peculiaridades e concluiu que os profissionais devem permitir o empoderamento dos seus usuários sobre os aspectos clínicos e terapêuticos da doença falciforme, desenvolver o espírito crítico no sujeito e na família sobre a

qualidade do seu trabalho; favorecer a qualidade de vida e a longevidade e estimular a prática do direito de cidadania da população assistida.

Mediante o desenvolvimento do autocuidado por parte das pessoas adoecidas com doença falciforme é fundamental para aumentar a sobrevida, tendo em vista que a prática do autocuidado poderá criar no indivíduo maior entendimento sobre a doença, o que leva à tomada de decisão segura frente às possíveis complicações da doença, bem como na prevenção destas.

Em relação a participação dos serviços de saúde no cuidado a pessoa com doença falciforme, o estudo *A experiência de uma família que vivencia a condição crônica por anemia falciforme em dois adolescentes* (WEIS, 2013) buscou compreender como os serviços de saúde têm participado do cuidado a pessoas com anemia falciforme e suas famílias e seus resultados mostraram que os serviços e profissionais de saúde ainda têm participado de maneira pouco implicada nesse cuidado, principalmente se considerada a necessidade de um acompanhamento contínuo e permanente.

Esse estudo também destacou que as Políticas e os Programas estabelecidos para a organização das práticas de gestão e de atenção às pessoas com anemia falciforme, por si só, isoladamente, não garantem um atendimento eficaz e integral, pois os profissionais precisam se comprometer e se responsabilizar para que tais políticas e programas façam surgir práticas concretas que possam, de fato, garantir o direito à saúde dessas pessoas e suas famílias (WEIS, 2013).

Consideramos importante a corresponsabilização e a capacitação permanente dos profissionais de saúde na prática de cuidado a pessoas com doença falciforme, uma vez que nesse estudo refere que a grande parte dos profissionais de saúde não está preparada para o atendimento à pessoa com DF devido à falta de conhecimento no manejo da doença, bem como da sua história.

Por sua vez o estudo *Itinerários terapêuticos de pessoas com anemia falciforme face às crises dolorosas* (CORDEIRO et al., 2013a) faz referência ao itinerário terapêutico percorrido pelas pessoas com doença falciforme. Itinerário que é

compreendido a partir dos diferentes percursos e escolhas que as pessoas com anemia falciforme e seus familiares constroem na busca por cuidados e tratamento para o alívio da dor e que se localizam nos subsistemas familiar, profissional e popular.

O estudo revelou ainda que apesar da forte valorização do subsistema profissional, as pessoas com anemia falciforme circulam pelos subsistemas: familiar, profissional e popular, sendo recorrente a referência à adoção de cuidados domésticos para manutenção do bem-estar, na prevenção e enfrentamento das crises dolorosas. Por conseguinte, na busca de uma melhor qualidade de vida e do alívio da dor sentida frequentemente, as pessoas com anemia falciforme vão em busca de diversas modalidades de cuidados, que compreendem os formais e informais.

Entretanto, entendemos que as práticas de saúde não podem se restringir ao trabalho que valoriza apenas a técnica e/ou sinais e sintomas. Eles englobam outros aspectos fundamentais como escuta ativa, acolhimento, vínculo, responsabilização, acesso ao serviço, que poderão contribuir para uma produção do cuidado responsável, resolutivo, seguro e ético. Além disso, se faz necessário o protagonismo desse sujeito, inclusive respeitando os valores culturais, sociais e as experiências vividas nos subsistemas de cuidado à saúde.

Outrossim, o estudo *Anemia falciforme: caracterização dos pacientes atendidos em um ambulatório de referência* (SANTOS et al., 2014) descreve o perfil clínico, social e demográfico de 58 pessoas com anemia falciforme atendidos em ambulatório de referência para Hematologia Pediátrica, caracterizado com 76% deles na faixa etária de um a 12 anos; 53,5% são do sexo feminino; 66,7% habitavam em casas de alvenaria; 87,8% possuíam saneamento básico; 80% receberam diagnósticos antes de completar um ano de idade e 86,2% eram acompanhados periodicamente há três anos ou mais no ambulatório do estudo.

Os indicadores de saúde demarcados nesse estudo poderão favorecer o prognóstico da doença, já que o diagnóstico foi precoce, antes de completar um ano de idade; a maioria das pessoas residiam em casas de alvenaria e possuíam saneamento básico.

Para Santos e outros (2014), os estudos são relevantes para orientar os profissionais na identificação dos determinantes sociais das pessoas com AF, bem como, subsidiar o planejamento e os ajustes no cuidado aos usuários e seus familiares no serviço ambulatorial e em outros semelhantes. O estudo ainda ressalta que para o planejamento de suas ações, os profissionais de saúde devem conhecer a história clínica relatada pelo usuário e família, com referência ao seu modo e ambiente de vida.

Dentre os estudos aqui analisados sobre doença falciforme e cuidado em saúde, observamos uma escassez de publicações nos últimos dez anos na língua portuguesa, além de, revelar que as produções de enfermagens relacionadas ao cuidado e autocuidado são incipientes. Tal realidade nos estimulou e instigou ainda mais a pesquisar a Produção do Cuidado à Doença Falciforme na Atenção Primária de Saúde a partir das dimensões políticas, institucionais e técnicas.

Outrossim, ressaltamos que dentre essas 16 produções científicas analisadas, nenhuma delas versou sobre a temática produção do cuidado da DF na APS. E, por isso, acreditamos que esta pesquisa poderá contribuir ao publicizar a realidade e assim minimizar as lacunas existentes e, por conseguinte, melhorar a atenção às pessoas com doença falciforme, subsidiando os usuários e trabalhadores de saúde, como também a academia, no sentido de (re) construir a prática e a própria *Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme* (BRASIL, 2005).

Enfim, acreditamos que os resultados desta pesquisa poderão subsidiar o planejamento e ações nas práticas da APS e na produção do cuidado à saúde, bem como contribuir com a avaliação do processo de trabalho na perspectiva da produção do cuidado em saúde além de buscar estabelecer uma relação entre trabalhador-usuário / família / *Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme*, na busca de qualidade de vida das pessoas, tendo em vista o controle, o acompanhamento e a minimização do processo saúde-doença.

Além disso, novas pesquisas poderão possibilitar qualificação da Linha de Cuidado⁵ no SUS, o planejamento de ações voltadas às demandas da APS para que aconteça uma efetivação da atenção integral e igualitária, bem como a ampliação do acesso à saúde às pessoas com DF, diminuição da mortalidade e aumento da sobrevida, ficando assim evidenciado a relevância política, social, cultural e econômica deste estudo.

É nessa perspectiva que nos colocamos neste processo investigativo, enquanto enfermeira e docente, atuante num serviço da rede de atenção à saúde do SUS dirigida à atenção primária de saúde, visando contribuir, com perspectivas de propor modificações na produção do cuidado na APS focada no modelo usuário-centrado, mais comprometido com a defesa da vida individual e coletiva, indo ao encontro dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS – Humaniza SUS (BRASIL, 2004), que propõe o estabelecimento de formas de acolhimento e inclusão do usuário para promover a otimização dos serviços.

⁵ **Linhas de cuidado:** representam um determinado conjunto de ofertas a que um grupo de vulnerabilidade pode ter acesso dependendo de sua estratificação de risco e não um elenco rígido de procedimentos a serem consumidos pelos indivíduos daqueles grupos. Ademais, estas ofertas estão dispostas através das redes que compõem o sistema e podem ser acessadas independentemente do grupo de vulnerabilidade, mas por critério de necessidades (FREIRE, 2005, p. 89-90).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico possibilita fundamentar e nortear a pesquisa, para tanto, Lakatos e Marconi (2003) consideram que ele permite verificar o estado do problema a ser pesquisado, sob o aspecto teórico e de outros estudos e pesquisas já realizados.

Assim nesta pesquisa temos como categorias teóricas a Atenção Primária de Saúde e a Produção do Cuidado, articulada à Política de Saúde voltada para a doença falciforme.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Na abordagem deste item apresentamos a construção histórica da Atenção Primária de Saúde no mundo com intuito de facilitar a compreensão de como foi sendo conformada no Brasil.

No contexto internacional, a ideia de APS foi utilizada pela primeira vez, como forma de organização dos sistemas de saúde, no Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês segundo Fausto e Matta (2007), procurou divergir ao modelo flexneriano americano de enfoque curativo, pautado no reducionismo biológico e na atenção individual e constituir-se como referência para a organização do modelo de atenção inglês que apresentava elevado custo da saúde, aumento da complexidade médica e baixa resolutividade.

O modelo de atenção primária, secundária, domiciliar, serviço suplementar e hospitais de ensino é caracterizado, no referido Relatório (FAUSTO; MATA, 2007), pois pela hierarquização dos diversos níveis de atenção, o que não era possível solucionar na atenção primária avançava para os outros níveis. Neste sentido, a hierarquização dos serviços influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo.

Outrossim, para Lavras (2011), esse Relatório explicita o conceito de Atenção Primária de Saúde em uma perspectiva de organização sistêmica

regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica determinada.

Ainda no cenário de organização sistêmica e regionalizada de serviços de saúde, para Giovanella (2006), as reformas organizacionais dos serviços de atenção primária foram implantadas em diversos países da União Européia durante a década de 1990, com o objetivo de promover a coordenação dos serviços prestados entre os diversos níveis de atenção, resultando em novos arranjos organizacionais com propósitos de conter gastos excessivos na saúde.

Por conseguinte, concluímos que a concepção inicial de APS, no contexto histórico, foi entendida como um recurso técnico e estratégico para reorientar os sistemas de saúde na sua produção do serviço, levando repercussões em termos econômicos, políticos e ideológicos.

De acordo com Starfield (2002), a APS compreende o primeiro nível de atenção e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, devendo organizar o uso dos recursos básicos e especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

A partir da década de 1960, segundo Fausto e Matta (2007) a Atenção Primária de Saúde foi um modelo adotado por diversos países para proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e também para tentar reverter a abordagem curativa, individual e hospitalocêntrica, instituída nos sistemas de saúde nacionais, em um padrão preventivo, coletivo, territorializado e democrático.

Ademais, Baptista, Fausto e Cunha (2009) ressaltam que a APS vem exercendo papel fundamental na organização das ações dos sistemas de saúde em diversos países do mundo desde meados do século XX, configurando-se de forma particular em cada realidade. Para tanto, compreendemos que a concepção e as práticas de saúde relativas à APS passam por mudanças, particularmente diante das percepções quanto a sua finalidade no campo da saúde.

Todavia, não podemos deixar de destacar outro momento histórico importante e marcante que foi a *I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde* (OMS,1978) ocorrida em 1978, na cidade de Alma-Ata. Declaração que expressa a necessidade de ação urgente de todos os governos que trabalhavam nos campos da saúde e do desenvolvimento da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo.

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 (OMS, 1978, p. 1-2).

Vemos assim que, os Cuidados Primários de Saúde (CPS) são definidos não apenas como cuidados primitivos e sem critérios científicos; eles são fundamentais ao desenvolvimento da humanidade nos aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais, além de representarem o primeiro contato das pessoas e coletividade com o sistema de saúde mais próximo das suas realidades onde vivem e trabalham.

Portanto, segundo Fausto e Matta (2007) foi a partir da *I Conferência de Cuidados Primários em Saúde* que se buscou uma definição para APS que ao longo do tempo tem adquirido diversos significados com os desafios importantes para sua compressão, diante dos determinantes econômicos, políticos e ideológicos que permeiam as práticas do campo da saúde os quais possibilitam produzir diversas interpretações e abordagens.

Entretanto, de acordo Matta e Morosini (2008), apesar da meta de Alma-Ata - o desenvolvimento da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo - jamais ter sido alcançada plenamente, a APS tornou-se uma referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países no mundo.

Em 2008, a Organização Mundial em Saúde (OMS) publica o Relatório Mundial da Saúde, que reforça a atenção da OMS nos cuidados de saúde primários compreendidos como um conjunto de valores e princípios para orientar o desenvolvimento dos sistemas de saúde, que poderá refletir mudança em direção à necessidade de uma reflexão mais ampla sobre o desempenho do sistema de saúde como um todo.

[...] os cuidados primários podem vir a ser facilitadores de uma convergência, segura, efetiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral. Para tal é essencial 'dar prioridade às pessoas' realçando, de uma forma equilibrada, a saúde e o bem-estar, assim como os valores e as capacidades das pessoas nas suas comunidades e das que trabalham no setor da saúde (OMS, 2008, p. 43).

A APS e seus cuidados primários compõem elementos primordiais na reorganização e estruturação dos sistemas nacionais de saúde, constituindo também uma primeira possibilidade de contato com os usuários, família e comunidade, além do mais, ela compreende todo processo de assistência à saúde (promoção, prevenção, cura e reabilitação), priorizando sempre as necessidades de saúde apresentadas pela comunidade em um determinado território.

Diante dessa perspectiva, Fausto (2005) relembra que o contexto histórico da construção da APS foi idealizado em um momento que concebe a existência de outros níveis de atenção, levando a necessidade de uma rede interligada de serviços de saúde. Porém, os conteúdos político e ideológico que a circundam poderão produzir diversas interpretações e abordagens nos diferentes sistemas de saúde, os quais são influenciados pelo contexto político, econômico, social e cultural da realidade local.

Todavia, é destacada por Giovanella e Stegmueller (2015) que nos últimos anos, apesar da APS ter adquirido importância mundial no debate da universalidade e sido reiterada como estratégia para alcance da cobertura universal, chamam atenção quanto ao significado da universalidade almejada para compreensão de sistemas universais de saúde ou apenas coberturas segmentadas conforme possibilidade de renda das pessoas.

Mas, segundo tais autoras a APS não pode se limitar a um conjunto restrito de intervenções focalizadas em grupos populacionais 'pobres' e não se restringe apenas ao primeiro nível de atenção, pois está articulada a um sistema universal solidário que poderá garantir atenção em todos os níveis de acordo a necessidade de saúde apresentada pelo indivíduo ou coletividade. Para tanto, envolve a necessidade de mudanças do modelo assistencial além de melhor racionalização e utilização dos recursos financeiros.

Assim, apesar de entendermos a APS como uma estratégia de cobertura universal, ela necessita estar articulada aos demais níveis de atenção, uma vez que as ações primárias podem alcançar melhores resultados nos indicadores de saúde e menor custo financeiro nos gastos de saúde em níveis de atenção com maior densidade tecnológica.

No Brasil, a conformação da APS é resgatada por Lavras (2011), ao historiar as primeiras experiências que antecederam a Conferência de Alma-Ata desenvolvidas na década de 1920 com o surgimento dos Centros de Saúde Escola nos anos 1920 até os dias atuais, com objetivo de organizar a APS no Brasil. Destaca que vários modelos foram configurados em diferentes regiões do país a partir de interesses e concepções distintas, sendo que esses centros de saúde sugeriam ação integral com ênfase em educação sanitária e promoção da saúde.

No transcorrer do tempo, especificamente nas décadas de 1960 e no meio da década de 1970, houve a expansão dos centros de saúde vinculados às Secretarias Estaduais da Saúde uma vez que tais centros, possuíam atuação voltada basicamente para a atenção materno- infantil e para o desenvolvimento de ações de saúde pública, incluindo o enfrentamento das grandes endemias. Foi então que a partir dos programas de integração docente-assistencial dos Departamentos de Medicina Preventiva, vinculados às Escolas de Medicina, que essas experiências começaram a ganhar maior expressão, influenciando na formulação de novas abordagens e formas de organização da atenção à saúde no país.

A partir da década de 1980, notamos que o Brasil avançou na reforma sanitária com outros princípios, como universalização, equidade no acesso e

integralidade das ações dos serviços de saúde, o que refletiu o contexto de redemocratização do Estado. Batista, Fausto e Cunha (2009) reportam aos avanços com o surgimento de experiências inovadoras nos sistemas locais de saúde com algumas propostas que ganharam visibilidade nacional, tornando-se exemplos de modelos bem-sucedidos (Cidade Saudável, Defesa da Vida, Distritos Sanitários, Vigilância à Saúde), influenciando a organização da atenção à saúde nos diversos municípios e regiões brasileiras.

Ainda na década de 1980 foram instituídas as Ações Integradas de Saúde (AIS), seguidas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), até que em 1988 foi implementado o Sistema Único de Saúde com a nova Constituição. Nesse período foram inúmeras as iniciativas de Estados e Municípios em relação a sustentação das AIS, contudo, ainda não se configurava um modelo nacional para fortalecimento do sistema de saúde.

Ações Integradas de Saúde (AIS) visavam ao fortalecimento de um sistema unificado e descentralizado de saúde voltado para as ações integrais. Nesse sentido, as AIS surgiram de convênios entre estados e municípios, custeadas por recursos transferidos diretamente da previdência social, visando à atenção integral e universal dos cidadãos (MATTA; MOROSINI, 2008, p.27).

Porém, de acordo com Lavras (2011), só a partir da municipalização do sistema único de saúde, no início da década de 1990, é que começou a haver uma estruturação e organização mais uniforme da APS sob responsabilidade dos municípios brasileiros incentivados pelo Ministério da Saúde com as normatizações e financiamento.

Outrossim, para Fausto e Matta (2007), a APS ganhou posição de destaque na política nacional de saúde a partir da edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde- NOB SUS 01/96 (BRASIL, 1997). Contudo, as primeiras iniciativas do Ministério da Saúde dedicadas a organização da atenção à saúde, com ênfase à atenção primária surgiram no momento em que foram estabelecidos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, que logo depois passou a ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial denominado, Estratégia Saúde da Família (ESF).

Dessa maneira, podemos considerar que as iniciativas do Ministério da Saúde através da criação do PACS, PSF / ESF nasceram na tentativa de estimular os municípios a reorganizar o sistema de saúde local, na perspectiva de instituir a rede de atenção à saúde direcionada à integralidade e intersetorialidade.

Porém, de acordo Fausto (2005) e Gil (2006), com a ampliação da ESF, surgem desafios e empecilhos na construção de um modelo assistencial focado na ESF e o debate acadêmico e político indicam a necessidade de fortalecimento da atenção básica numa perspectiva que não se restrinja à ESF numa tentativa de revalorização da concepção de APS.

No Brasil, segundo Matta e Morosini (2008) a APS leva o Sistema Único de Saúde a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS), concebida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b) como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, com tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, para resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

Nesta perspectiva, vemos que tal concepção defende a APS com a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social.

Por conseguinte, a ABS é pensada no modelo assistencial, de um sistema universal e integrado de atenção à saúde e, no Brasil, uma das estratégias de configuração da ABS é a Estratégia Saúde da Família. Assis (2015) ratifica que na versão brasileira APS é denominada de ABS e tem sido priorizada na agenda federal como estratégia orientadora do modelo de atenção à saúde sob o manto de influência do PSF, colocando as famílias no cenário das políticas sociais.

Em contrapartida, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b) discute que a opção pelo combate às iniquidades em saúde elevou a APS à condição de

reordenadora do sistema de atenção à saúde e foi adotada a designação Atenção Básica, para contrapor-se à perspectiva assumida por muitos países e instituições internacionais, como o Banco Mundial, que entende a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global.

Contudo, apesar do “esforço” da contraposição à tal visão, para Mendes (2005) a Atenção Primária à Saúde ainda é codificada como programa para pobres, o que resulta da ideia de que a atenção básica é o menos complexa num sistema de saúde. Um conceito equivocado, enfatizado por Mendes, devido a visão básica da APS que faz com que ela seja implementada com pouco financiamento, tenha as relações de trabalho extremamente precarizadas, além de um arsenal de medicamentos muito estrito e uma infraestrutura física completamente deteriorada e, particularmente, uma ausência de sistemas eficazes de educação permanente em saúde para o preparo do profissional de saúde, um dos protagonistas para efetivação da produção do cuidado à pessoa com doença falciforme na APS.

Nessa direção, Giovanella e outros (2009) destacam que, nos anos de 1990, a concepção de APS também foi restaurada baseada na regulamentação do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade e integralidade) e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social. Entretanto, para diferenciar-se da concepção seletiva de APS, aquela que segundo Fausto e Matta (2007) é caracterizada como um pacote de intervenções de baixo custo, compreendida como uma cesta de serviços básicos selecionados, voltada à população em situação de elevada pobreza no intuito de combater as principais doenças em países pobres, passou-se a usar o termo atenção básica em saúde, definida como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.

Todavia, de acordo com essas autoras, para que APS não fique restrita ao primeiro nível se faz necessário a atuação intersetorial, entendida como a interação entre diversos setores no planejamento, execução e monitoramento de intervenções para enfrentar problemas complexos e necessidades de grupos populacionais,

buscando, segundo Junqueira (2000), superar a fragmentação das políticas pública, base para toda atenção, numa abordagem que contemplem determinantes biológicos, psicológicos e sociais, afim de agir sobre problemas coletivos que permeiam os diversos níveis de determinação dos processos saúde-doença.

Entretanto, temos clareza, diante a realidade de saúde brasileira que a superação da fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde encontradas no SUS deve ser tratada como prioridade para que responda às necessidades de saúde de uma população. Diante de tais entendimentos percebemos que no percurso do desenvolvimento de sistemas nacionais de saúde, ao longo da história, existiam características variadas, desde focalizada/seletiva, até uma aproximação da integralidade às tecnologias das relações (acolhimento, vínculos e outros).

Em uma perspectiva mais ampliada, Gomes e outros (2011) complementam que além do diagnóstico precoce da DF, são essenciais políticas públicas direcionadas a esta população, num programa voltado para as doenças falciforme que inclua um forte componente de educação continuada da comunidade e dos profissionais de saúde.

Portanto, o estudo no cenário da APS foi reforçado devido a implantação das políticas públicas voltadas às pessoas com doença falciforme, no ano de 2004, instituída a Coordenação da Política Nacional do Sangue e Hemoderivados, setor encarregado de desenhar a Política de Atenção Integral às pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (PNAIPDF), conforme preconiza a Portaria GM 1.391/05 (BRASIL, 2005), tendo como diretrizes:

I - promoção da garantia do seguimento das pessoas diagnosticadas com hemoglobinopatias pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal, recebendo os pacientes e integrando-os na rede de assistência do Sistema Único de Saúde a partir, prioritariamente, da Hemorrede Pública⁶, e provendo assistência às pessoas com

⁶ **Hemorrede Pública:** é referência no tratamento das doenças falciformes compete à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), por intermédio da Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados (CPNSH) a execução das ações referentes a essas doenças (BRASIL,2008b).

diagnóstico tardio de doença falciforme e outras hemoglobinopatias, com a criação de um cadastro nacional de doentes falciformes e outras hemoglobinopatias;

II - promoção da garantia da integralidade da atenção, por intermédio do atendimento realizado por equipe multidisciplinar, estabelecendo interfaces entre as diferentes áreas técnicas do Ministério da Saúde, visando à articulação das demais ações que extrapolam a competência da Hemorrede;

III - instituição de uma política de capacitação de todos os atores envolvidos que promova a educação permanente;

IV - promoção do acesso à informação e ao aconselhamento genético aos familiares e às pessoas com a doença ou o traço falciforme;

V - promoção da integração da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias com o Programa Nacional de Triagem Neonatal;

VI - promoção da garantia de acesso aos medicamentos essenciais, conforme protocolo, imunobiológicos especiais e insumos;

VII - estimulação da pesquisa, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias.

Diante de tais diretrizes, o Programa de Atenção Integral à pessoa com Doença Falciforme do Ministério da Saúde representa uma meta a ser alcançada pelos usuários, familiares e profissionais envolvidos com o objetivo de melhorar a atual condição de vida e saúde dessas pessoas, tendo a APS como campo de atuação.

A implementação efetiva de uma política de saúde com a inclusão das pessoas com diagnóstico de DF num programa de atenção integral pode levar a mudança da história natural da doença no nosso país. Entretanto, a integralidade só terá uma resolubilidade com uma produção do cuidado multiprofissional, focalizada no sujeito, descentralizada, com ações organizadas na prevenção e realização,

integradas às diretrizes do SUS, com abordagem no desenvolvimento do autocuidado, por considerarmos a autonomia desses sujeitos, numa prática de cuidado responsável e resolutiva, mediada pela APS, numa perspectiva da educação permanente (profissionais de saúde) e educação em saúde (usuários/ familiares).

Reforçando tais ações, Gomes e outros (2011) enfatizam a importância da capacitação para o cuidado com a DF, de modo contínuo, principalmente aos profissionais de saúde da atenção primária. Isso porque esses autores, observaram no seu estudo um desconhecimento significativo sobre a doença falciforme, o que pode refletir de forma negativa no cuidado e na atenção adequada aos usuários bem como das informações dispensadas aos seus familiares e cuidadores.

Três anos após a implantação da PNAIPDF, no ano de 2008, o Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2008b) reconhece que a promoção de saúde é fundamental para ser utilizada na atenção primária de saúde, a partir da elaboração do Manual de Educação em Saúde e Autocuidado na Doença Falciforme, que visa à capacitação de profissionais de saúde da equipe multidisciplinar no âmbito da assistência a pessoas com doenças falciformes. Desse modo, esses profissionais podem fomentar e facilitar as ações de promoção em todos os níveis de atenção à saúde.

Uma realidade que poderá contribuir e ou influenciar no avanço relacionado às políticas públicas voltas às pessoas com DF. Contudo, ainda um processo em construção, uma vez que, no cenário deste estudo, encontra-se incipiente devido ao seu tempo de criação, tornando um desafio para o sistema de saúde na busca de formas sólidas de descentralização de programas específicos, a fim de atingir uma camada maior da população e não apenas aquelas situadas nas grandes capitais do país.

Na tentativa de minimizar as fragilidades existentes nas concepções de APS, Assis e outros (2016) sinalizam uma nova ressignificação da APS, considerando o primeiro contato que se dá na rede “porta de entrada”, que traduz a capacidade de garantir o acesso e a utilização dos serviços de saúde às pessoas que demandam

atenção e implica na maior proximidade possível entre as instituições de saúde e a comunidade.

Enfim, na APS observamos que há uma discussão acerca da terminologia 'ideal' para designar o primeiro nível de atenção à saúde. Contudo, no Brasil "Atenção Básica", "Atenção Primária", "Atenção Primária de Saúde" e "Cuidados Primários de Saúde" podem ser utilizados como sinônimos, na maioria das vezes, sem que isto se torne um problema conceitual. Desta forma, a designação Atenção Básica, utilizada pelo governo brasileiro, buscou resgatar a universalidade trazida na declaração de Alma-Ata, bem como englobar os diferentes setores que compõem o SUS numa perspectiva universal, integral e equânime.

Por conseguinte, reforçamos aqui a atuação da APS na descentralização do cuidado prestado às pessoas com doença falciforme, por considerarmos que a organização nos serviços de atenção primária é fundamental para a obtenção de melhores resultados na saúde, considerando os quatro (4) elementos definidos por Starfield (2002) que compõem a organização da APS, destacados a seguir:

- Primeiro contato - implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.

- Continuidade - refere-se à existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, determinando a delimitação da população as equipes de atenção primária.

- Integralidade - as unidades de APS devem fazer interligações e encaminhamentos para serviços nos diferentes níveis de atenção, para que os usuários recebam todos os tipos de serviços de acordo com a sua necessidade.

- Coordenação - seria a garantia da continuidade do cuidado, isso significa manter-se responsável por acompanhar o usuário vinculado ao serviço de APS, ainda que ele esteja temporariamente sob os cuidados de um outro serviço.

Portanto, compreendemos que a organização dos serviços na APS baseada nos atributos (primeiro contato, continuidade, integralidade e coordenação) poderá contribuir de forma significativa à melhoria da produção do cuidado à saúde da coletividade e à eficiência do sistema em geral.

Entretanto, temos clareza que um dos desafios do Sistema Único de Saúde no exercício da prática da APS para a coordenação da produção do cuidado, seria a organização dessa atenção especializada, integrada e intersetorial, capaz de assegurar uma produção do cuidado à saúde aos usuários do SUS com DF, com uma resolubilidade às suas necessidades de saúde.

Neste sentido, a APS poderá se configurar como coordenadora e mediadora das ações em saúde, como uma das portas de entrada do SUS e, como tal, necessita estar articulada e estruturada na rede de saúde no sentido de ofertar um cuidado coerente com as necessidades da população em busca de resolubilidade. É nesta perspectiva que iremos abordar a APS nesta pesquisa, enfatizando-a como mediadora e coordenadora do cuidado em saúde dispensado às pessoas com doença falciforme, tendo como eixo a Produção do Cuidado em Saúde.

2.2 A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

O processo de construção do Sistema Único de Saúde surgiu no movimento da Reforma Sanitária tendo como um dos focos de luta a criação de um novo modelo de saúde, em direção aos referenciais da vigilância à saúde. Todavia, essa luta não é nova, uma vez que, desde a década de 1970, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) defendeu à sociedade uma mudança na organização do sistema de saúde vigente (BRASIL, 1986b).

O Movimento da Reforma Sanitária foi um marco importante para saúde pública, ao criticar o modelo biologicista hegemônico naquela época e assinalar como alternativa as diretrizes de prevenção e promoção à saúde, dirigidas pelos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Tal movimento, segundo Paim (2008, p. 571), ocasionou um embate político e ideológico sobre a organização

do sistema de saúde brasileiro, o que favoreceu o aprofundamento de discussões acerca da necessidade de mudança nos modelos de atenção à saúde, compreendidos como “combinações de tecnologias estruturadas em função dos problemas de saúde (danos e riscos) de uma população que, por sua vez, expressam necessidades sociais, historicamente definidas”.

No Brasil, identificamos vários modelos de atenção à saúde, que convivem historicamente de forma contraditória ou complementar, segundo a diversidade de concepções a seguir. Paim (2008), caracteriza dois modelos: o modelo médico assistencial privatista e o modelo sanitarista. O primeiro é marcado pela base biológica de sustentação, com foco na intervenção sobre a patologia, além de ser centrado na atenção médica especializada dispensada no espaço hospitalar (hospitalocêntrico). O segundo elucida a saúde pública institucionalizada no Brasil durante o século XX, quando as intervenções sobre as necessidades de saúde da população eram realizadas mediante campanhas, programas especiais, vigilância sanitária e epidemiológica.

Outrossim, compreendemos que tanto os modelos de atenção médico hegemônico, centrados no atendimento de ‘doentes’ e o modelo sanitarista com as campanhas sanitárias, vigilância epidemiológica e sanitária, possuem suas limitações no que dizem respeito à equidade e às práticas de cuidado resolutivas e integral, apresentando-se com dificuldades para promoção e proteção à saúde.

Entretanto, na tentativa de eliminar essas limitações, Paim (2008) discute propostas alternativas de atenção à saúde que compreendem a oferta organizada, acolhimento, ações programáticas em saúde e vigilância da saúde, com a Estratégia de Saúde da Família e promoção da saúde através das políticas públicas saudáveis e cidades saudáveis.

Ainda nos reportamos à valorização do modelo biomédico, centrado nos atos prescritivos e biológicos, que para Cecílio (1997), necessita repensar o sistema de saúde como círculo e não mais como pirâmide, o qual pode ser uma estratégia para se quebrar a dura hegemonia do hospital e recolocar a rede ambulatorial de serviços em outro patamar de reconhecimento pelos usuários. Segundo o autor, o

círculo se associa com a ideia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída, ele não hierarquiza, uma das várias possibilidades, para o SUS.

Muito embora, apesar dessas discussões, de acordo com Teixeira (2006), para que aconteça uma transformação do modelo de atenção em uma visão mais ampliada é indispensável a união de propostas e estratégias nas dimensões político/gerencial, na introdução de mecanismos de controle e avaliação no processo de prestação de serviços e sobretudo mudanças nas práticas de saúde propriamente ditas, bem como no processo de trabalho em saúde, tanto no que se refere a suas finalidades, quanto, nos seus elementos estruturais, isto é, no objeto de trabalho, nos meios de trabalho, no perfil dos sujeitos e principalmente, nas relações estabelecidas entre eles e a população que usa os serviços.

Ademais, para Cecílio (1997), não é possível pensar o modelo assistencial do sistema de saúde de uma forma fechada e acabada; é necessário clarificar certas dificuldades vividas no cotidiano por quem procura os serviços do SUS, assim a referência passa a ser as pessoas e suas necessidades e não o tipo de modelo assistencial que possa ser previamente definido.

Outrossim, entendemos que os modelos assistenciais vigentes precisam ser articulados nos elementos que se complementam e que podem levar a uma melhor resolubilidade e qualidade nos serviços prestados pelos sistemas de saúde. Além do mais, é preciso revalorizar e ter como referência a escuta aos usuários, a humanização da assistência e a integralidade, considerando os valores de corresponsabilização e compromisso com a vida das pessoas e da coletividade que usam os serviços de saúde.

Mas, Teixeira (2006) sinaliza que, para que haja tal mudança na organização dos sistemas de saúde e no conteúdo das práticas, são imprescindíveis a escuta e a resposta aos problemas e necessidades sociais de saúde da população, pois é através desse processo que podemos contribuir para a redução das desigualdades, para a melhoria das condições de vida e o alcance de um patamar digno de saúde e bem-estar coletivos.

No Brasil, a Saúde da Família, vem sendo concebida como parte de uma estratégia maior de mudança do modelo de atenção. Contudo, segundo Campos (2003), há um longo caminho a percorrer para se alcançar, na prática das equipes, uma lógica de adequação permanente das práticas às necessidades e problemas de saúde da população, tendo como referência a possibilidade de conjugar ações voltadas com controle de determinantes, riscos e danos (promoção, prevenção e assistência).

Apesar dos avanços com a ESF na questão do acesso dos usuários ao sistema de saúde, na prática ainda existem lacunas na sua proposta, como por exemplo a resolubilidade das necessidades de saúde com a vinculação da atenção básica com outros níveis de atenção. Para atendê-las, temos consciência que o paradigma da saúde como uma questão social, e as ações de educação em saúde e mobilização popular são determinantes para que nos aproximemos na busca da universalização, integralidade e equidade do SUS.

Diante destas discussões, percebemos que a organização do Sistema Único de Saúde necessita ainda de um modelo de atenção à saúde que seja fundamentado nas necessidades de saúde da população e na produção do cuidado capaz de romper com as práticas tradicionais no setor saúde e de dar respostas efetivas aos problemas de saúde das pessoas e da coletividade.

Nesta perspectiva, Vieira e outros (2011) defendem que com a implantação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde, uma nova lógica assistencial e organizativa dos serviços demandou processos de trabalho e de formação, em conformidade com uma atenção à saúde não mais voltada apenas para a doença, mas sim para a produção do cuidado centrada no sujeito e nas necessidades individuais e coletivas.

Mas, segundo Merhy (2014), para uma construção do objeto da saúde fundamentado na produção do cuidado é preciso trabalhar com o modelo usuário-centrado, considerando a autonomia e singularidade dos sujeitos, bem como, as necessidades de saúde no âmbito individual e coletivo.

Os serviços de saúde no Brasil, possuem um grande desafio em desenvolver a capacidade de dar respostas e produzir intervenções direcionadas às necessidades de saúde dos indivíduos e da sua coletividade, bem como de promover uma produção do cuidado pautada na integralidade da atenção que engloba um sistema que possa garantir o fluxo seguro aos usuários nos diversos níveis de atenção e o acesso às tecnologias de cuidado fundamentais à resolução dos seus problemas de saúde.

Na rotina diária do trabalho no campo da saúde, convivemos com uma prática focalizada na queixa do usuário e direcionada à doença, ou seja, numa abordagem à queixa conduta, desconsiderando as diversas dimensões que abrangem o cuidado à saúde, limitando, inclusive, a interrelação entre o profissional de saúde e o usuário numa perspectiva biologicista.

Entretanto, defendemos uma outra perspectiva de pensar e fazer saúde – a Produção do Cuidado. Todavia, para Assis, Nascimento e outros (2010), a produção do cuidado em saúde requer uma análise crítica das práticas de saúde, como elas estão estruturadas, para quais finalidades se prestam, qual a dimensão do alcance de suas ações, para quem estão direcionadas e qual a concepção saúde-doença dos agentes do processo de trabalho ao lidar com o objeto de sua intervenção. Reforçam ainda que a transformação no modo de trabalhar em saúde reflete diretamente em valores, cultura, comportamento e micropoderes existentes nos espaços de trabalho de cada pessoa, gerando resistências e possíveis conflitos na produção de saúde.

Assim, compreendemos que pensar e agir em saúde numa perspectiva de mudança do modelo demanda um novo modo de estabelecer relações e troca de saberes e experiências práticas, envolvendo campos de conhecimento e intervenção interdisciplinares.

Mas qual a concepção da Produção do Cuidado? Merhy (1998) a concebe como processo de trabalho em saúde, que se realiza mediante o encontro entre trabalhador e usuário, é centrado no trabalho vivo em ato, que consome trabalho morto visando a produção do cuidado.

A produção de trabalho na saúde realiza-se por meio do trabalho vivo em ato, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado (MERHY; FRANCO 2009). Por isto, o trabalho vivo interage a todo momento com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual se articulam diversos tipos de tecnologias.

O trabalho vivo permite, sobretudo, a autonomia dos sujeitos no processo saúde-doença, liberdade às práticas de saúde com a possibilidade das pessoas exercerem sua capacidade criativa e reflexiva para a resolução dos seus problemas, bem como, a transformação no exercício cotidiano do cuidado em saúde (MERHY, 2014).

Entretanto, a organização do trabalho em saúde precisa buscar romper a prática centrada no saber médico e do modelo hegemônico de organização, bem como repensar as ações realizadas nos microprocessos de trabalho em saúde, uma vez que acreditamos que existe um potencial de trabalho dos profissionais de saúde que pode ser aproveitado para cuidados diretos com o usuário, aumentando assim a capacidade de resolubilidade dos serviços de saúde.

Desta forma, a produção do cuidado deverá ocorrer embasada em um processo de desenvolvimento de ações e serviços das equipes de saúde, que não se restrinja a procedimentos tecnicistas, consultas, mas, sobretudo que se componha numa prática cuidadora, formalizada a partir da criação de laços de compromissos, éticos e responsáveis, demarcados pela interdisciplinaridade e acolhimento dos profissionais de saúde, uma oportunidade para criação de vínculo e autonomia, levando-se assim à resolubilidade.

A resolubilidade, de acordo com Merhy (2006), deve prioritariamente se traduzir em ações efetivas e que satisfaçam os usuários no âmbito coletivo, com a garantia de procedimentos eficazes, diante do conjunto de problemas de saúde identificados.

Nesta perspectiva, Santos e Assis (2006) compreendem a resolubilidade como uma resposta ao problema de saúde, de forma a garantir ao usuário o acesso

ao atendimento com acolhimento, vínculo e responsabilização, com vistas à produção de um cuidado integral. Ressaltam ainda que seria uma utopia a ser perseguida na prática, e, associa a resolubilidade aos seguintes aspectos:

- a) implantação de novos serviços e de novos equipamentos;
- b) incorporação de novas tecnologias;
- c) reorganização de processos de trabalho;
- d) conformação de redes;
- e) adensamento tecnológico⁷ para otimização dos recursos existentes;
- f) articulação e complementaridade de serviços e redes existentes;
- g) conformação de linhas de produção do cuidado.

Para tanto, a resolubilidade está associada a vários aspectos interdependentes que se complementam, até porque, depende de uma articulação eficiente com toda rede de serviços pela qual os usuários tenham as suas necessidades respondidas e os trabalhadores possam compreender e produzir significados sobre suas naturezas e na relação com os sujeitos implicados como o momento de produção e consumo de saúde.

Na prática notamos que os serviços de saúde apresentam baixa resolubilidade na produção do cuidado para usuários com DF. Essa baixa resolubilidade dos serviços de saúde em geral, segundo Assis, Nascimento e outros (2010,) é sobretudo pelo exercício hegemônico de um cuidado centrado nas prescrições e na produção tecnicista, em ação substitutiva por uma prática que valorize os campos de saberes interdisciplinares, numa relação interativa profissional e usuário. Além do mais, consideram que as práticas não induzem aos sujeitos à autonomia, a andar a vida com seus próprios recursos, ou seja, quanto mais autônomo, menos dependente dos serviços, sendo este o grande desafio da resolubilidade: produzir autonomia no usuário.

Portanto, nesta pesquisa, para analisar a produção do cuidado em saúde

⁷ Adensamento tecnológico: compreende a articulação entre, saber- fazeres profissionais, infraestrutura tecnológica, num determinado estabelecimento ou serviço que transforma mais resolutiva a interseção trabalhador/ usuário (SANTOS, 2006).

na APS à pessoa com DF, precisamos compreender o processo de articulação em saúde. Assim, demarcamos a produção do cuidado baseada em Assis, Nascimento e outros (2010), que defendem a produção do cuidado a partir das dimensões de análise: acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização, formação profissional e resolubilidade, definidas sucintamente a seguir, a partir das dimensões institucionais e técnicas já explicitadas anteriormente.

O acesso ao serviço de saúde compreende uma das dimensões de análise para produção do cuidado. De acordo Giovanella e Fleury (1995), a dimensão de acesso aos serviços de saúde deverá abranger uma compreensão multidimensional, ou seja: dimensão econômica (referente a relação oferta-demanda), dimensão técnica (relativa à planificação e organização dos serviços), dimensão política (relacionada ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular) e dimensão simbólica (referente as representações sociais sobre a atenção e o sistema de saúde). Tais dimensões podem possibilitar uma compreensão ampliada dos aspectos determinantes que condicionam o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Uma outra concepção sobre acesso é definida por Abreu-de-Jesus e Assis (2010) que pode ser compreendida como a “porta de entrada”, local de recepção, acolhimento do usuário que apresenta uma necessidade de saúde específica, bem como os caminhos trilhados pelo mesmo no sistema em busca de resolubilidade da sua necessidade de saúde. Tal entendimento, segundo esses autores, vai além da concepção de “porta de entrada” do sistema, configurando-se em um dispositivo com capacidade de transformar a realidade, passando a ser um elemento disparador capaz de garantir a promoção do vínculo, acolhimento, humanização e resolubilidade da assistência.

Por sua vez, o uso de serviços pode ser considerado como uma demonstração do acesso, mas não se explica apenas isoladamente, outros aspectos individuais e contextuais também são determinantes, frente a ampliação do conceito de acesso, que ultrapassam a acessibilidade, ou seja, o deslocamento do seu eixo da entrada nos serviços para os resultados dos cuidados recebidos, defendida por Starfield (2002) como a localização da unidade de saúde próxima da população adscrita, os horários e dias em que estão disponíveis para atender, o grau de

tolerância para consultas não-agendadas (demanda espontânea) e a percepção da população quanto à conveniência deste.

Todavia, Unglert (1995) concebe a acessibilidade como uma característica dos serviços de saúde que aborda os pontos de vista geográfico, no nível de distância a ser percorrida e obstáculos a serem transpostos; funcional, se considerarmos os tipos de serviços que são oferecidos, seu horário de funcionamento e sua qualidade; cultural, se analisarmos a inserção do serviço de saúde nos hábitos e costumes da população; e econômico, considerando que a totalidade dos serviços de saúde não está disponível a todos os cidadãos.

Já Donabedian (2003) definiu acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Para a autora, a acessibilidade é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar.

Para Abreu-de-Jesus e Assis (2010), o acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, nos quais essa reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania. Assim, o acesso vai além da conexão pura e simples ao conceito de porta de entrada; configura-se como um "dispositivo" transformador da realidade, devendo destacar que somente se garantirá o ingresso universal do usuário no sistema de saúde através da consciência de cidadania.

O acesso do usuário a um sistema não deve ser entendido apenas como a busca deste serviço em um momento exato e pontual de necessidade do mesmo, mas sim como a construção cidadã deste sistema e a conformação de suas práticas, além de necessitar a sua participação na gestão e controle social, fatores fundamentais para garantia efetiva de acesso aos serviços de saúde.

Entretanto, Assis, Villa e Nascimento (2003), complementam que o acesso aos serviços de saúde engloba a disponibilidade de recursos de saúde e a capacidade

da rede em produzir serviços que deem respostas às demandas de saúde trazidas pela população.

Dessa maneira, consideramos que o acesso aos serviços de saúde poderá impactar diretamente no processo saúde-doença na medida que possibilita o usuário apresentar suas dificuldades de saúde e resolver suas demandas, como também dependerá da adequação do cuidado prestado.

A respeito do acesso aos serviços vivenciados pelas pessoas com DF segundo Carvalho (2010), essas pessoas ainda são atendidas por profissionais despreparados, devido desconhecerem as peculiaridades da doença e, conseqüentemente, têm dificuldades de acesso ao acesso nos serviços especializados.

Pela sua alta prevalência (BRASIL, 2002), em destaque o estado da Bahia, a DF configura-se como um problema de saúde pública no país, sendo necessário a implantação e efetivação das políticas públicas voltadas para garantir às pessoas acesso aos serviços, cuidado à saúde integral e resolutivo, a fim de minimizar as sequelas que a doença pode causar ao longo do tempo e promover uma melhor qualidade de vida.

Para Carvalho e Campos (2000) existe uma relação entre acesso e acolhimento. Acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutá-los, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário. Todavia, segundo Franco, Bueno e Merhy (1999, p. 347) o acolhimento propõe, enquanto diretriz operacional, inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

- atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população;

- reorganizar o processo de trabalho, a fim de deslocar o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento – que se encarregará da escuta qualificada do usuário, comprometendo-se a dar resolutividade a seu problema de saúde;

- qualificar a relação trabalhador-usuário, que dar-se-á por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

Segundo, Assis, Nascimento e outros (2010) o acolhimento supera o ato da “triagem qualificada” ou da “escuta interessada”. É um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para enfrentamento e resolução de problemas, com ampliação da capacidade das equipes de saúde para responderem às demandas dos usuários, com possibilidades de potencializar a ação dos outros trabalhadores.

Por isso, entendemos que acolher o usuário não se limita apenas a recepcioná-lo, tratar bem, e sim, apresentar resolutividade aos problemas de saúde identificados, instituindo a escuta qualificada para compreender os anseios, valores e necessidades do indivíduo e atendê-lo no processo saúde-doença. Porém, é preciso reorganizar o processo de trabalho atentando-se para a incorporação das tecnologias leves, ou seja, das relações humanas, e não exclusivo a exames, medicações e outras prescrições.

Outra dimensão de análise que concebemos para a produção do cuidado é o vínculo, que segundo Fernandes (2005) significa relação, ligação e união. Portanto, precisa que se estabeleça estreita ligação com acolhimento ao ampliar as relações, possibilitando o processo terapêutico que atenda realmente as necessidades de saúde daquele indivíduo com a doença falciforme.

Sobre essa estreita relação entre acolhimento e vínculo, Franco, Bueno e Merhy (1999), destacam a responsabilização clínica e sanitária e a ação resolutiva, com o objetivo de defender a vida das pessoas, porém dependem do acolhimento e do vínculo, ou seja, é preciso criar uma relação de confiança e compromisso com os usuários.

Na ampliação dessas relações, o vínculo com os usuários do serviço de saúde segundo Campos (1997), não apenas aumenta a eficácia das ações de saúde, mas também poderá beneficiar a participação desse usuário na produção do cuidado. Ademais, é uma oportunidade para a construção de sujeitos com autonomia, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, com suas crenças, valores e cultura.

Mas, para se criar vínculos, segundo Assis, Nascimento e outros (2010), é preciso pensar sobre a responsabilidade e o compromisso que a equipe tem com o usuário de seu território social, e com os tipos de problemas que eles apresentam. Neste sentido, comungamos como os autores que criar e manter vínculos implica ter relações próximas, claras, com possibilidades de permitir a ocorrência do processo de transferência entre o usuário e o trabalhador, sempre em busca da construção da autonomia do usuário.

Ademais, Campos (1997) complementa que criar vínculo é, acima de tudo, estabelecer uma relação de confiança e corresponsabilização ou cuidado compartilhado entre usuários e profissionais de saúde, estimular a autonomia e o poder de cidadania dos sujeitos e promover sua participação durante a prestação e organização dos serviços.

Enfim, a produção do cuidado em saúde na APS pressupõe a necessidade de se estabelecer uma relação profissional-usuário eficaz, viabilizada na confiança, no sigilo, na ética profissional, na formação de vínculo, na escuta qualificada, ou seja, precisa ir além dos aspectos clínicos formais de um atendimento restrito à doença, sinais e sintomas.

Portanto, na produção do cuidado com a doença falciforme deve haver um cuidado compartilhado entre o profissional e os usuários para que haja uma mudança (re) construída de forma solidária e coletiva, para que os mesmos alcancem sua autonomia em relação ao seu processo saúde-doença.

A prática do cuidado se dá pelo encontro entre sujeitos, trabalhadores e usuários, que atuam uns com os outros, se encontram, se escutam, devendo

haver uma acolhida das intenções e expectativas que são colocadas. O que se privilegia é a construção coletiva de uma experiência comum, solidária e igualitária, nas práticas de saúde. É a partir da transformação da maneira como os sujeitos entram em relação, que as práticas de saúde podem efetivamente ser alteradas (BRASIL, 2008b, p.6).

Deste modo, são imprescindíveis ao tratamento das pessoas com doença falciforme o compartilhamento do conhecimento sobre o processo saúde-doença e as possibilidades do trabalho em saúde para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, bem como a inserção delas na atenção primária de saúde na focalização de uma prática de cuidado eficiente e com fácil acesso à unidade de saúde, no sentido de minorar/melhorar a lacuna do cuidado à saúde dos usuários com DF.

As práticas cuidadoras voltadas à doença falciforme diante desta pesquisa necessita então inserir um componente de educação da comunidade e dos profissionais de saúde, sustentados pela integralidade, envolvendo a participação da família no cuidado, bem como o desenvolvimento do empoderamento e a autonomia desses sujeitos com DF, para possibilitar acesso aos serviços de saúde, acolhimento, vínculo e responsabilização do cuidado, e neste contexto, a APS é imprescindível para o envolvimento dos diversos níveis de atenção à saúde na redução da morbimortalidade da doença falciforme.

No entanto, para a efetivação das práticas de produção do cuidado há de se trabalhar a formação dos profissionais de saúde. Para Assis, Nascimento e outros (2010) essa formação deverá ser articulada ao processo de educação permanente dos profissionais de saúde, tendo em vista a reorientação do modelo de atenção que exige transformações importantes no processo de formação e no trabalho dos agentes envolvidos.

Mas, apesar da importância da formação desses profissionais de saúde, segundo Batista e Gonçalves (2011), no perfil de tais profissionais é perceptível ‘qualificação’ insuficiente para as mudanças das práticas, o que reforça a necessidade dessa educação permanente, com o objetivo de (re) significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS concretamente. Trazer a realidade dos campos de saúde, da prática do dia a dia de profissionais, usuários e

gestores são fundamentais para uma APS respaldada nos princípios e diretrizes do SUS.

O destaque dado por Ceccim e Feuerwerker (2004) sobre essa formação do profissional em saúde complementa tais afirmações, ao ponderarem que não pode tomar como base apenas a busca competente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças. Assim, reforçam ainda que a formação precisa ir além do conceito limitado de saúde, precisa buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde dos usuários e das populações, nas dimensões políticas e sociais, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado.

As transformações das práticas e da formação dos profissionais de saúde na perspectiva da produção de um cuidado à saúde, norteados pelos princípios e diretrizes do SUS, compreendemos que incorporam acolhimento, vínculo, responsabilização, autonomia e consequentemente uma maior resolubilidade dos problemas de saúde da população.

3 METODOLOGIA

A metodologia, é entendida por Minayo (2011, p. 16), como “conjunto de técnicas que deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática.” Assim, descrevemos o percurso e o modo que iremos seguir neste estudo, objetivando a transformação da realidade.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo com abordagem qualitativa do tipo exploratório. A escolha do estudo qualitativo foi pela possibilidade de adentrarmos com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que segundo Minayo (2011), apresenta-se com um grau de realidade que não pode ser quantificado. Portanto, corresponde a um espaço das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser restringidos à operacionalização de variáveis.

Além do mais, a autora complementa que os estudos qualitativos conformam melhor às investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos sujeitos, a partir das relações, das análises das falas depoimentos e dos documentos, ou seja, reforçam a análise qualitativa de um objeto de investigação tornando real a possibilidade de construção do conhecimento com todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como uma construção científica.

Já a pesquisa exploratória, segundo Gil (2010), visa proporcionar maior familiaridade com o problema para torná-lo explícito ou construir hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão.

Por se tratar de uma pesquisa de campo, este estudo nos oportunizou um contato direto como pesquisadora com a realidade pesquisada, com as rotinas diárias

que acontecem no cotidiano da prática ali desenvolvida. Para tanto, de acordo Gil (2008, p. 57), “no estudo de campo estuda-se um único grupo ou comunidade em termos de sua estrutura social, ou seja, ressaltando a interação de seus componentes”.

Portanto, o estudo tem a concepção Dialética, uma vez que durante o processo de construção da pesquisa, fizemos uma análise crítica baseada na compreensão dos sentidos e significados, bem como as contradições, negação e mudanças, com a finalidade de atingir uma maior compreensão da realidade estudada.

De tal modo, acreditamos que a fundamentação da pesquisa Dialética é um passo significativo na medida em que ela aborda a realidade, abrangendo seu processo histórico e suas peculiaridades, valorizando as complementaridades e divergências. Nesse sentido, a Dialética direciona para a diferença, o contraste, o dissenso e a crítica.

3.2 CAMPOS DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Feira de Santana - BA, a segunda maior cidade populacional do Estado da Bahia. É uma cidade considerada privilegiada pela localização geoeconômica na região Nordeste do Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro Geográfico Estatístico / IBGE (BRASIL, 2010b) possui uma área geográfica de 1.337 Km², população de 556.642 habitantes, ocupando a 31ª posição em população; é considerada o principal entroncamento rodoviário do Norte-Nordeste, com estradas federais; BR 101, 116 e BR 324. Geograficamente divide-se em oito distritos: Bonfim de Feira, Governador João Durval Carneiro, Humildes, Jaguará, Jaíba, Maria Quitéria, Matinha e Tiquarucu.

A rede de serviços de saúde do município de Feira de Santana totaliza 650 Estabelecimentos de Saúde entre públicos e privados. Na área da saúde Coletiva/ Saúde Pública há 88 Unidades de Saúde da Família (USF), com um total de 100 Equipes de Saúde da Família (EqSF); 37 Equipes de Saúde Bucal, 18 Equipes de

Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS); cinco Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); seis Policlínicas, uma (1) Unidade de Pronto Atendimento (UPA); uma (1) Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD); uma (1) Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP); uma (1) Equipe de Consultório de Rua e uma Academia da Saúde. A rede hospitalar do município totaliza 20 estabelecimentos divididos em gerais cinco (5) hospitais, 11 especializados e quatro (4) hospital/dia, sendo 14 municipais, três estaduais e três de mista gestão, ou seja, pública e privada (FEIRA DE SANTANA, 2016a; 2016b).

Porém, os cenários propriamente ditos desta pesquisa foram os serviços de saúde que prestam assistência à pessoa com doença falciforme devido o fluxo percorrido pelo usuário em tratamento da DF, e assim possibilitar uma realidade concreta da produção do cuidado à saúde na atenção primária e nos demais níveis assistenciais, permitindo-nos inclusive, compreender a articulação desses serviços na produção do cuidado à pessoa com doença falciforme, sucintamente descritos a seguir.

1) Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme, situado numa Unidade Básica de Saúde (UBS) do Centro Social Urbano (CSU), no bairro Cidade Nova, com grande quantitativo populacional. O referido Centro conta com uma equipe multidisciplinar constituída por profissionais de Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Assistência Social, Serviços de Hematologia Pediátrico e Adulto e Clínico Geral. Segundo os dados referidos pelo Centro, até o início do mês de janeiro de 2017, contavam 356 pessoas cadastradas, com idade entre um (1) e 69 anos, sendo a faixa etária de maior frequência (139) de 20 aos 59 anos. Os casos de urgências e emergências são referenciados ao Hospital Dom Pedro de Alcântara para usuários adultos, e o Hospital Estadual da Criança para usuários pediátricos.

2) Unidade de Saúde da Família da Matinha, localizada no Distrito da Matinha, uma área rurícola com uma população majoritariamente negra, originária do Recôncavo Baiano que abrange os povoados dos Olhos D'Água das Moças, Candeal, Santa Quitéria, Moita da Onça, Vila Menilha, Baixão, Tupi, Alto do Tanque, Tanquinho, Alto do Canuto, Alecrim Miúdo, Jacu, Capoeira do Rosário, Candeia Grossa,

Genipapo e Matinha, sede do Distrito. A Matinha é reconhecida como uma área remanescente de quilombo e apesar do reconhecimento da sua população com DF, na USF não tem um controle efetivo dessa população quanto a doença. Atualmente existem cinco pessoas cadastrados com doença falciforme e 100 com traço falciforme. Contudo, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, (Doc. 5), (FEIRA DE SANTANA 2017a) estima-se que esse quantitativo seja maior já que se trata de uma população negra, a qual está mais vulnerável à doença devido predisposição à DF, a questão raça/cor.

A USF da Matinha é responsável pela cobertura de uma área com aproximadamente 1683 famílias, com população estimada em 7000 habitantes. A Equipe de Saúde da Família (EqSF) é composta por 10 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma (1) enfermeira, uma (1) médica, um (1) dentista, dois (2) técnicos de enfermagem, uma (1) auxiliar de dentista, uma (1) auxiliar administrativo, um (1) porteiro e um (1) auxiliar de serviços gerais; atua também a equipe de NASF constituída por um (1) educador físico, uma (1) nutricionista, uma (1) fisioterapeuta, uma (1) psicóloga e uma (1) assistente social. São prestados serviços de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança (ACD), Imunização, Triagem Neonatal, Pré-Natal, Preventivos de câncer ginecológico, Planejamento Familiar, Hipertensão (hipertensos e diabéticos), Visita Domiciliar, Atividades Educativas, Serviços Médico e Odontológico, além dos serviços de Urgência.

A unidade foi construída, atendendo aos critérios do Ministério da Saúde (BRASIL,2011b). Estruturalmente é composta por uma saleta de recepção, que funciona também como sala de espera; uma sala específica para à Assistência Farmacêutica (apesar de só acondicionar e distribuir medicações); sala de vacina; consultório de enfermagem; consultório médico; consultório odontológico; sala de curativos; sala de triagem; Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME); Central de Material Esterilizado (CME) ; almoxarifado; copa; banheiro e auditório destinado às atividades para práticas educativa (educação em saúde, educação permanente em saúde, reuniões da equipe e comunidade, festejos entre outros) (FEIRA DE SANTANA, 2016a).

3) Hospital Dom Pedro de Alcântara, da Santa Casa de Misericórdia de Feira de Santana como sua mantenedora, é uma entidade filantrópica de direito privado, sem fins lucrativos; faz parte da rede complementar de saúde, prestando serviços na área de assistência à saúde há mais de 100 anos, ao município de Feira de Santana e macrorregião. O hospital tem histórico assistencial articulado e integrado com a rede de serviços do Sistema Único de Saúde.

O HDPa realiza atendimento à população tanto ao município de Feira de Santana, quanto aos 72 municípios de Macrorregião Centro – Leste; se localiza na região central de Feira de Santana, com aproximadamente 20.000 m² edificadas em um terreno com área de 41.480 m². Atualmente tem 145 leitos ativos, incluindo 12 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Naquele momento, era a única unidade do município referência em duas áreas de saúde de alta complexidade: Cardiologia e Oncologia que prestam serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e demais convênios. Integra, em sua dinâmica, as comissões de Controle de Infecção Hospitalar, Segurança do paciente, Farmácia e Terapêutica, Revisão de Prontuário e Ética, dentre outras (HDPa, 2016).

É referência no atendimento de urgências, emergências e internações (quando necessário) dos usuários adultos com doença falciforme, mas às pessoas com doença falciforme precisam estar devidamente cadastradas no Centro Municipal de Referência à Pessoa com Doença Falciforme para garantir atendimento no referido hospital (HDPa, 2016).

4) Hospital Estadual da Criança (HEC), referência no atendimento à criança, está situado no bairro 35 BI; é referência em atendimento pediátrico no estado da Bahia. Presta atendimento público voltado para especialidades pediátricas de média e alta densidade tecnológica. Inaugurado em agosto de 2010, tem uma gestão terceirizada, desde junho de 2015, administrada pela Liga Álvaro Bahia Contra a Mortalidade Infantil (LABCMI). É uma entidade filantrópica que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária (BAHIA, 2016).

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (BAHIA, 2016), o hospital conta com 280 leitos de internamento disponíveis em sua capacidade

instalada, porém, desses 156 funcionários, oferecendo os serviços de atendimento de urgência e emergência, cirurgia, atendimento ambulatorial e unidade de apoio ao diagnóstico e terapia intensiva.

Ressaltamos que tais cenários são identificados no processo de análise de dados com uma letra maiúscula A, B, C e D representando cada instituição, devido a garantia do anonimato das instituições e profissionais de saúde.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

De acordo com Lakatos e Marconi (2003, p. 174), a técnica de coleta de dados “é um conjunto de preceitos ou processos de que se serve uma ciência ou arte; é a habilidade para usar esses preceitos ou normas, a parte prática”.

Escolhemos como técnicas de coleta de dados entrevista semiestruturada (APÊNDICES A, B, C), observação sistemática (APÊNDICE D) e análise de documentos.

A entrevista semiestruturada é aquela, segundo Minayo (2010, p.267), composta de questões/temas abertos e fechados, permitindo flexibilidade à estrutura do instrumento; possibilita que “o entrevistado discorra sobre o tema proposto sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador”.

De acordo com Triviños (2008), a entrevista semiestruturada valoriza a presença do/a pesquisador/a, possibilitando que a/o entrevistado/a tenha a liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação. Embasada no autor iniciamos a entrevista com questionamentos básicos, de interesse da pesquisa, o que nos proporcionou uma série de possibilidades de perguntas, fruto do diálogo, surgidas à medida em que recebemos as respostas dos sujeitos envolvidos. Por conseguinte, a entrevista semiestruturada oportunizou que os participantes falassem livremente sobre a temática explorada, suas experiências, valores e opiniões indicativos da sua vivência.

No sentido de nortear e conduzir a entrevista elaboramos três roteiros temáticos (APÊNDICES A, B e C). Cada roteiro foi adaptado ao grupo específico de participantes para facilitar a compressão dos mesmos sobre os temas que estavam sendo conversado e alcançar os objetivos do estudo.

As entrevistas foram programadas de acordo a disponibilidade de dia, horário e escolha do local conforme a vontade de cada participante. A maioria delas foi realizada no local de trabalho dos profissionais de saúde e gestores; quanto aos usuários tivemos que ir em busca de alguns deles no domicílio, já que não foram encontrados no momento da coleta, no serviço de saúde. Diante isso, agendamos, antecipadamente, com os ACS a visita domiciliar, e apresentamos o estudo, deixando-os livres, à vontade para aceitarem participar da pesquisa. Dentre os cinco usuários com DF cadastrados na USF da Matinha, dois deles não quiseram participar da pesquisa e um (1) não foi encontrado na residência pelo ACS. Destacamos que o médico e a enfermeira da USF da Matinha não participaram do estudo, pois no período da coleta, a unidade encontrava-se sem médico e a enfermeira tinha sido admitida há 15 dias, não se enquadrando aos critérios de inclusão do estudo.

Durante a coleta de dados tivemos algumas dificuldades, dentre elas a de encontrar um local exclusivo para a conversa e reservado, que garantisse a privacidade dos participantes, e, por esse motivo ficávamos aguardando a disponibilidade de surgir uma sala, o que acabava sendo desgastante para nós pesquisadora, e o participante devido tempo de espera para iniciar a entrevista, uma vez que as instituições em saúde pesquisadas não dispunham de um espaço físico destinado às atividades de estudo e pesquisa, o que gerava certo desconforto.

Outra dificuldade encontrada foi localizar crianças com doença falciforme internadas no HEC que residissem em Feira de Santana; assim, realizamos uma entrevista no hospital e a outra no Centro de Referência no dia de consulta da criança com os respectivos responsáveis sobre o serviço do referido hospital.

Ressaltamos que todas as entrevistas realizadas foram gravadas no formato Mp3 com a utilização de aparelho eletrônico/digital mediante autorização dos participantes, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(APÊNDICE E). O tempo de duração da conversa foi flexível, mas tomamos cuidado para não ‘cansar’ o/a entrevistado/a. As entrevistas foram realizadas no horário e locais definidos pelos participantes e quando realizada no próprio local de trabalho dos profissionais de saúde e gestores, tendo assegurado um ambiente reservado, livre de escuta e da interrupção de outrem, para que a/o participante pudesse expor sua opinião de forma sigilosa e anônima. As entrevistas foram identificadas por um numeral, de acordo com a ordem crescente de cada uma; o tempo de duração das entrevistas variou entre seis minutos (6) e 30 minutos.

Para garantir o anonimato dos participantes do estudo exigido pela Resolução 466/ 2012 (BRASIL, 2013a) que trata da pesquisa com seres humanos, os entrevistados foram identificados pela letra E seguido por um número, que representa a ordem crescente das entrevistas realizadas, acompanhado do respectivo grupo, ou seja, Grupo 1- usuário (U), Grupo 2- profissionais de saúde (PS), Grupo 3 –gestores (G), assim representado: E1U (entrevistado 1 do grupo 1); E3PS (entrevistado 3 do grupo 2) e assim sucessivamente.

A segunda técnica de coleta de dados foi a observação sistemática, já que ela teria a oportunidade de contribuir ao que foi relatado nas entrevistas. Diante do tipo de observação foi necessário organizarmos um roteiro (APÊNDICE D) definindo previamente o que deveríamos observar, em que momentos e a forma de registro e organização das informações. Outrossim, entendemos que tal roteiro objetivou atender não apenas as questões de estudo, mas também os objetivos da pesquisa e o que ela significa, até porque, caso não tivéssemos tal compreensão, seria impossível conduzir, adequadamente, o processo de observação.

Os dados das observações são identificados no momento da análise, quando nos assumimos no texto elaborado desta pesquisa, colocando-nos como sujeito visível no processo de observação. Durante a coleta dos dados, realizamos a observação sistemática e registramos vários aspectos que constam no roteiro, tais como a organização dos serviços e sua estrutura, relação usuário e equipe e outros.

Finalmente, no sentido de complementar os dados pesquisamos também alguns documentos para analisar os dados. Segundo Alves-Mazzotti e

Gewandsznajder (2000), a Análise de documento é um tipo de técnica que utiliza documentos oficiais e/ou qualquer registro escrito para obtenção e informação, como por exemplo, o uso de regulamentos, atas de reunião, relatórios arquivos, pareceres, dentre outros, os quais, podem prover elementos para facilitar a compreensão do fenômeno estudado. Foi uma técnica que contribuiu para a compreensão do fenômeno estudado, complementando para os demais dados oriundos da entrevistas e observação usadas neste estudo.

Portanto, selecionamos seis documentos analisados, os quais são identificados na dissertação conforme apresentação, ou seja, documento 1, leia-se Doc. 1, e assim sucessivamente.

Documento 1: Plano Municipal de Saúde (PMS) 2010- 2013 do Município de Feira de Santana-BA (**Doc. 1**).

Documento 2: Plano Municipal de Saúde (PMS) 2014-2017 do Município de Feira de Santana-BA (**Doc. 2**).

Documento 3: Relatórios de Gestão (RG) jan. de 2016- mar. de 2016, equivalente ao primeiro e segundo trimestres de 2016 do Município de Feira de Santana-BA (**Doc. 3**).

Documento 4: Prontuários dos Usuários dos Serviços (PUS) participantes da pesquisa (**Doc. 4**).

Documento 5: Relatório da Atenção Básica em Saúde (RABS) 2017 do Município de Feira de Santana-BA (**Doc. 5**).

Documento 6: Protocolo de Atenção Básica (PAB) 2015 do Município de Feira de Santana- BA (**Doc. 6**).

Ao iniciarmos a coleta de dados, fizemos uma primeira aproximação aos campos de estudo, descrita a seguir.

- No primeiro momento, fizemos uma- visita inicial, aos campos de estudo e entregamos aos dirigentes dos respectivos serviços cópias do ofício do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Enfermagem - UEFS e a minuta do projeto de investigação. Naquela oportunidade, aproveitamos para dar os esclarecimentos sobre a pesquisa com o objetivo de explicar aos gestores sobre o objeto de estudo, objetivos e metodologia e aproveitamos para pedir autorização para a realização da pesquisa. No segundo momento- nossa entrada no campo aconteceu após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa – UEFS e autorização das instituições de saúde, campos deste estudo. Fizemos o primeiro contato com os participantes da pesquisa para apresentar e esclarecer questões sobre a pesquisa, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/ TCLE (APÊNDICE E) e, a partir de então a pesquisa, propriamente dita, aconteceu.

3.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Segundo Minayo (2010), a pesquisa qualitativa não se baseia em critério numérico para garantir a sua representatividade. Para tanto, levamos em consideração os participantes que poderiam ter conexão mais expressiva para o problema pesquisado.

Destarte, por se tratar de um estudo de natureza qualitativa, a priori, não tivemos a preocupação na definição sobre o quantitativo de participantes, nos embasando em Minayo (2010), ao considerar que no estudo qualitativo a amostra 'ideal' é aquela que pode refletir a totalidade do tema estudado em suas múltiplas dimensões, a partir da busca do aprofundamento da compreensão daquele grupo social escolhido para pesquisar; e, por isso, foi importante, naquele aspecto, selecionarmos quais sujeitos sociais com vinculação mais significativa para o problema investigado.

Por conseguinte, valorizamos as expressões e representações de cada participante que vivencia determinada realidade social, considerando a sua singularidade e posicionamento sobre um acontecimento ou prática social específica.

Consequentemente o objeto pesquisado não pode ser explicado quantitativamente, uma vez que o universo de significados é a questão principal da pesquisa, ou seja, trabalha com “[...] motivos, aspirações, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à “operacionalização de variáveis” (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004, p.21).

Nesta pesquisa tivemos um total de 23 participantes, sendo que no processo de sua definição utilizamos os critérios de saturação dos dados coletados, que levou à interrupção das coletas. Para Minayo (2011), a existência da saturação dos dados é quando se consegue, no campo de pesquisa, compreender a logística do grupo ou da coletividade em estudo, a partir da regularidade de apresentação das concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos envolvidos.

Como participantes deste estudo foram selecionados três grupos.

Grupo 1 **Usuários:** aqueles assistidos na rede de atenção à saúde à pessoa com doença falciforme (Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme, USF da Matinha, Hospital Dom Pedro de Alcântara e o Hospital Estadual da Criança), apresentados no quadro 3.

Critérios de inclusão:

- Usuários cadastrados ou não no Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme.
- Usuários que residiam em Feira de Santana/ BA.
- Familiar ou responsável dos menores de 18 anos que vem acompanhando esses usuários no seu processo saúde-doença.

O quadro 3 corresponde a caracterização sociodemográfica e educacional desses participantes.

Quadro 3 Caracterização sociodemográfica e educacional dos participantes da pesquisa – Usuários (Grupo 1). Feira de Santana- Ba, fev.- abr.de 2017.

Nº do (a) Entrevistado(a)*	Sexo	Idade (anos)	Local de trabalho	Profissão/ ocupação	Grau de Escolaridade
E7	M	47 anos	aposentado pela doença	pedreiro, encanador e pintor	Nível fundamental incompleto
E8	M	48 anos	recebe benefício temporário	mestre de obra	Nível fundamental completo
E10	F	40 anos	---	assistente social	Nível Superior
E11	M	57 anos	autônomo	Carroceiro**	Não alfabetizado
E15	F	32 anos	autônomo	lavradora**	Nível médio incompleto
E16	F	47 anos	autônomo	lavradora**	Nível fundamental incompleto
E18	F	24 anos	posto de combustível	frentista	Nível médio incompleto
E20	F	25 anos	---	do lar**	Nível médio incompleto
E23	F	29 anos	---	atendente de farmácia	Nível médio completo

*Nº dos entrevistados, refere-se a ordem crescente da realização da entrevista, independente do grupo do participante. A letra E, leia-se entrevistado (a).

**Refere-se aos responsáveis pelos menores de 18 anos que vem acompanhando esses usuários em seu processo saúde-doença.

--- Sem vínculo empregatício.

O quadro 3 corresponde as características dos participantes do Grupo 1 deste estudo, constituído por nove (9) usuários dos diversos serviços de saúde investigados, sendo três (3) do Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme, dois (2) da USF da Matinha, dois (2) do HDPA e dois (2) do HEC. Todavia ressaltamos que dois (2) participantes do HEC e dois (2) da USF da Matinha foram os responsáveis no acompanhamento de quatro (4) crianças com DF no seu processo saúde-doença, sendo duas do sexo masculino e duas do sexo feminino, a idade variou entre oito e 13 anos. De acordo a caracterização dos usuários, seis (6) são do sexo feminino e três (3) do sexo masculino; a idade variou entre 24 e 57 anos. Em relação ao local de trabalho, apenas um (1) trabalha formalmente, três (3) são autônomos, dois (2) recebem benefício por seguridade social e três (3) não tem quaisquer vínculos empregatícios; a profissão e/ou função variou (pedreiro, encanador, mestre de obra, assistente social, lavradora, atendente de farmácia, dentre outras). Quanto ao grau de escolaridade apenas um (1) possui formação superior, um (1) com nível médio completo, dois (2) nível médio incompleto, um (1) analfabeto, quatro (4) nível fundamental incompleto.

Percebemos neste quadro 3 que os níveis sociodemográfico e educacional dos usuários com doença falciforme são abaixo do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que ajuda a orientar políticas públicas ao demonstrar deficiências em áreas como saúde, educação e desigualdade social.

Grupo 2 **Profissionais de saúde:** aquelas pessoas atuantes nos serviços de Referência (Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme) e Contra- Referência (HDPA e HEC) e a USF da Matinha, que prestam cuidado direto aos usuários.

Critérios de inclusão:

- profissionais que prestam cuidado direto ao usuário com DF.
- profissionais com mais de seis (6) meses de experiência na produção do cuidado à pessoa com doença falciforme.

Critérios de exclusão:

- profissionais que se encontrem afastados e/ou em licença como maternidade, médica, prêmio e a disposição de outros serviços.

O quadro 4 apresenta as características sociodemográficas e educacionais dos profissionais de saúde.

Quadro 4 Caracterização sociodemográfica e educacional dos participantes da pesquisa – Profissionais de saúde (Grupo 2). Feira de Santana- Ba, fev.-abr.de 2017.

Nº do (a) Entrevista do (a)	Sexo	Idade (anos)	Tempo de formação (anos)	Formação profissional	Tempo no serviço	Vínculo empregatício	Pós-graduação
E2	F	48	5 anos	Nutricionista	5 anos	Duplo vínculo	Especialista em Nutrição Clínica, Funcional e Fitoterapia
E3	M	31	5 anos	Fisioterapeuta	1 ano	Apenas 1 vínculo	Especialista em Gerontologia
E4	F	37	4 anos	Enfermeira	2 anos	Apenas 1 vínculo	Especialista em Saúde Coletiva
E5	F	60	19 anos	ACS	17 anos	Apenas 1 vínculo	---
E6	M	49	26 anos	Odontólogo	10 anos	Apenas 1 vínculo	Especialista em Odontologia Clínica
E12	F	42	13 anos	Enfermeira	4 anos	Apenas 1 vínculo	Especialista em Administração Hospitalar
E13	F	39	12 anos	Médica	6 anos	Apenas 1 vínculo	Residência em Pediatria
E14	F	36	7 anos	Técnica em Enfermagem	5 anos	Apenas 1 vínculo	---
E17	F	40	19 anos	ACS	17 anos	Apenas 1 vínculo	---
E19	F	32	8 anos	Enfermeira	6 anos	duplo vínculo	Especialista em UTI Adulto e Oncologia
E22	F	43	12 anos	Técnica em Enfermagem	12 anos	duplo vínculo	---

Observação: formação de nível médio (---)

No quadro 4, o Grupo 2 foi composto de 11 profissionais de saúde dos quatro (4) cenários da pesquisa, sendo quatro (4) da USF da Matinha, três (3) do Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme, dois (2) do HEC e dois (2) do HDPA; apenas dois (2) são do sexo masculino; faixa etária entre 31 e 60 anos. A categoria profissional é variada: três (3) enfermeiras, duas (2) técnicas em enfermagem, duas (2) ACS, uma (1) médica, uma (1) nutricionista, um (1) fisioterapeuta e um (1) odontólogo; o tempo de formação variou entre quatro (4) até 26 anos e o tempo no serviço entre um (1) até 17 anos. Sete (7) deles possuem nível superior com especialização (Nutrição Clínica, Funcional e Fitoterapia; Gerontologia;

Saúde Coletiva, Odontologia Clínica; Administração Hospitalar; UTI Adulto, Oncologia e Residência em Pediatria). Apenas três (3) profissionais de saúde possuem duplo vínculo empregatício, ou seja, um (1) em hospital público, um (1) em clínica particular e um (1) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A partir de tal caracterização, há uma predominância do sexo feminino (9) entre os profissionais de saúde; o tempo no serviço variou entre um (1) a 17 anos. Contudo, nos chama atenção que apenas um (1) deles possui Especialização em Saúde Coletiva e cinco (5) em área hospitalar.

Grupo 3 Gestores: aqui representados por pessoas que tem a responsabilidade política de influenciar na condução do Programa de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. Neste estudo o grupo representado pelas coordenações das Unidades Básicas de Saúde, da Atenção Básica e do Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme.

Critérios de inclusão:

- gestores que possuam mais de seis (6) meses de experiência na gestão da produção do cuidado à pessoa com doença falciforme.

Critérios de exclusão:

- gestores que se encontrem afastados e/ou em licença como maternidade, médica, prêmio e a disposição de outros serviços.

O quadro 5 apresenta as características sociodemográficas e educacionais dos gestores deste estudo.

Quadro 5 Caracterização sociodemográficas e educacionais dos participantes da pesquisa – Gestores (Grupo 3). Feira de Santana- Ba, fev.- abr.de 2017.

Nº das entrevista das	Sexo	Idade em (anos)	Tempo de formação	Formação profissional	Tempo no serviço	Vínculo empregatício	Pós-graduação
E1	F	37	7 anos	Enfermeira	4 anos	Apenas 1 vínculo	Especialista em UTI Neonatal, Nefrologia e Emergência
E9	F	50	27 anos	Enfermeira/Bióloga	5 anos	Duplo vínculo (Escola Pública)	Especialista Gerencia, Educação Permanente e Inclusiva
E21	F	60	34 anos	Enfermeira	12 anos	Duplo vínculo (IES particular)	Especialista em Gestão de Sistemas em Saúde, Administração dos Serviços em Saúde, Gerência de Unidade Básica e Programas Comunitários de Saúde e Educação

Neste quadro 5, o Grupo 3 é representado pelos gestores da Atenção Básica (PSF e UBS) e do Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme, um total de três (3) participantes, do sexo feminino e enfermeiras, uma delas com mais de uma graduação (Licenciatura em Biologia). A faixa etária variou entre 37 até 60 anos; o tempo de formação entre sete (7) a 34 anos; com tempo de atuação no serviço variado, de quatro (4) a 12 anos. Duas (2) gestoras possuem mais de um vínculo empregatício quer na docência em Instituição de Ensino Superior (IES) quer na docência em escola pública do estado da Bahia. Todas as gestoras são pós-graduadas nível Especialização desde UTI Neonatal, Nefrologia e Emergência; Especialização em Gerencia, Educação Permanente e Inclusiva até Especialização em Gestão de Sistemas em Saúde, Administração dos Serviços em Saúde, Gerência de Unidade Básica e Programas Comunitários de Saúde e Educação.

3.5 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

Para analisar os dados empíricos produzidos nesta pesquisa, utilizamos o método de análise Hermenêutica-Dialética, pela possibilidade da compreensão do objeto de estudo numa abordagem crítica. Segundo Minayo (2010) e Assis e Jorge (2010), a Hermenêutica trata da linguagem a partir dos consensos e sua compreensão; a Dialética vale-se do conflito e da contradição para compreender a realidade, permitindo transcrever a fala expressa e alcançar os sentidos velados.

Ainda para Minayo (2010), a Hermenêutica se ocupa da compreensão dos textos, tendo o presente como ponto inicial para conexão entre o passado e futuro, da realidade e mediados por meio da linguagem; a Dialética mostra-se como instrumento interpretativo da realidade a partir dos acontecimentos históricos e produz representações das ideias e falas, considerando que nada é estático e desvinculado da história, sendo um processo em constante transformação.

De acordo Habermas (1987), a Hermenêutica-Dialética faz a síntese dos processos compreensivos e críticos e trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, considerando que o ser humano complementa-se por meio da comunicação, fazendo-se necessário compreender seu contexto e sua cultura. Assim é a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo na linguagem seu núcleo central (GADAMER 1999).

Nesse sentido, Assis e Jorge (2010) compartilham a ideia de que todo conhecimento é provisório, no debate e na experiência prática, sendo necessário explorar as condições e possibilidades, de modo que as certezas e incertezas sejam instrumentos de criatividade em um processo constante de transformação coletiva.

Nesta perspectiva de análise, seguimos as seguintes etapas que, apesar de terem sido apresentadas separadamente, no sentido de uma maior clareza, se relacionam intrinsecamente.

1ª etapa: Ordenação dos dados

A partir dessa etapa, iniciamos a organização do material a ser analisado, com a transcrição *ipsi literis* dos dados empíricos das entrevistas, das observações e documentos. A ordenação teve o objetivo não só, apresentar o material empírico coletado no campo do estudo, mas tentar revisitar os dados coletados, para a partir de então, com sua releitura, ter uma compreensão preliminar do objeto pesquisado, considerando-se as questões e objetivos do estudo.

2ª etapa: Classificação dos dados

A partir dessa organização dos dados empíricos, fizemos umas leituras exaustiva e flutuante do material e, posteriormente, realizamos a codificação do conteúdo obtido nas entrevistas, documentos e observações com a identificação dos núcleos de sentido.

Aqui, apresentamos nos Quadros 6, 7 e 8, a partir da distribuição dos grupos de participantes, tendo elaborado as sínteses horizontal e vertical para os usuários, profissionais de saúde e gestores respectivamente.

Quadro 6 Síntese das entrevistas do Grupo 1 – USUÁRIOS assistidos na rede de atenção à saúde à pessoa com doença falciforme, Feira de Santana – BA, fev. – abr. 2017.

Núcleos de sentido	E7U	E8U	E10U	E(...)U	Síntese horizontal*
Concepção saúde-doença					
Acesso/ porta de entrada					
Acolhimento					
Resolubilidade					
Vínculo/ continuidade					
Responsabilização					
Atividades/ práticas					
Agentes					
Síntese vertical**					

* Na síntese horizontal identificamos as falas com convergências, divergências, complementaridades e diferenças dos núcleos de sentidos do conjunto dos entrevistados.

** Na síntese vertical identificamos a ideia geral de cada entrevistado sobre os núcleos de sentido, por sua vez, é um resumo de cada entrevista.

Quadro 7 Síntese das entrevistas do Grupo 2 –PROFISSIONAIS DE SAÚDE atuantes nos serviços, Feira de Santana – BA, fev. – abr. 2017.

Núcleos de sentido	E2PS	E3PS	E4PS	E(...)PS	Síntese horizontal
Concepção saúde-doença					
Processo de trabalho (objeto, finalidade, instrumentos, atividades / praticas/ coordenação e agentes					
Acesso/ porta de entrada					
Acolhimento					
Resolubilidade					
Vínculo/ continuidade					
Responsabilização					
Integralidade					
Síntese vertical					

Quadro 8 Síntese das entrevistas do Grupo 3 – GESTORES da Atenção Básica e do Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme, Feira de Santana – BA, fev. – abr. 2017.

Núcleos de sentido		E1G	E9G	E21G	Síntese horizontal
Dimensão Política	Políticas da Atenção Primária de Saúde (APS); Políticas à atenção ao usuário com DF; Planejamento: normativo ou estratégico; Estratégias de acesso aos serviços de saúde;				
Dimensão Institucional	Articulação da APS com a rede; Planejamento das atividades; Equipe de Saúde;				
Síntese vertical					

Temos consciência que os dados não existem por si só; são construídos a partir dos questionamentos que fazemos sobre eles, fundamentados cientificamente. Por isso, compreendemos que nessa etapa da pesquisa foi possível a construção das categorias empíricas para serem, posteriormente, confrontada com as categorias analíticas e, assim, estabelecidas como baliza da investigação em busca das relações dialéticas.

Assim, em cada quadro apresentado, além dos núcleos de sentido, fizemos as sínteses horizontal e vertical. Após a construção dos quadros de análise, os dados empíricos foram confrontados a partir das sínteses horizontal e vertical de cada núcleo de sentido. A partir da releitura desses dados, construímos as seguintes categorias de análise:

Categoria 1: A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA APS À PESSOA COM DOENÇA FALCIFORME: (Des) articulação entre as dimensões institucionais e técnicas.

Categoria 2: INTERRELAÇÃO ENTRE O CMRPDF E OS SERVIÇOS DE SAÚDE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO À PESSOA COM DOENÇA FALCIFORME: implantação incipiente, sem contrapartida estabelecida e fragilidade na gestão.

3ª etapa: Análise final

Na análise final, procuramos estabelecermos articulações entre os dados empíricos e os referenciais científicos da pesquisa, sustentando teoricamente às questões da pesquisa com base em seus objetivos. Assim, os resultados ganharam significado quer pelo nosso amadurecimento científico/intelectual, quer pela condução metodológica, criatividade e inovação como pesquisadora desta produção-Dissertação.

Para estabelecer um diálogo entre as diversas fontes utilizadas realizamos a **triangulação dos dados**, considerando-se a diversidade de técnicas utilizadas e de grupos de participantes. Neste sentido, para Triviños (2008, p. 138), “a técnica da triangulação de dados tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo”, até porque, reforça que é impossível conceber a existência isolada de um fenômeno social sem raízes históricas, sem significados culturais e sem vinculações estreitas com uma realidade social.

Complementando essa ideia, Gomes e outros (2005) entende a triangulação de dados como uma técnica usada na pesquisa qualitativa, em que a intersecção de diferentes olhares e falas possibilitam a verificação e validação da

pesquisa, através do uso simultâneo de diversas técnicas de análise, diferentes sujeitos e visões distintas.

Por conseguinte, realizamos a triangulação dos dados a partir da combinação e cruzamento da diversidade dos grupos de participantes (Grupo 1, 2 e 3) e as diversas técnicas de coleta de dados (entrevistas, observação sistemática e análise de documentos), que foram fundamentadas pelo referencial teórico. Em seguida, analisamos e discutimos os dados, confrontando convergências, divergências, diferenças e complementaridades encontradas nas falas, observações e documentos, o que nos possibilitou a totalidade aproximada de ideias entre as diferentes representações.

3.6 QUESTÕES ÉTICAS

Este estudo foi respaldado pelas diretrizes da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2013a), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata da pesquisa em saúde com seres humanos, garantindo a todos os participantes absoluto anonimato, o respeito, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a autonomia dos participantes deste estudo. Estivemos atentas para garantir os princípios éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos e só iniciamos a coleta de dados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, do qual obtivemos autorização com parecer de nº 1.797.749 (CAAE 59486316.7.0000.0053).

Para tanto buscamos respeitar suas particularidades, desprovido a pesquisa de julgamentos pessoais. Esta pesquisa poderá trazer benefícios como ajudar na reflexão crítica sobre a produção do cuidado à doença falciforme na atenção primária de saúde, no intuito de contribuir para a qualificação dessa Linha de Cuidado no SUS, subsidiar o planejamento e ações nas práticas da APS e na produção do cuidado à saúde, bem como contribuir com a avaliação do processo de trabalho na perspectiva da produção do cuidado em saúde.

Os riscos presumíveis em relação aos participantes poderiam estar relacionados ao sentimento de inibição com relação à exposição das opiniões e o

receio de influenciar no seu processo de trabalho (trabalhadores e gestores), bem como sentimento de tristeza aos usuários ao relatar sua vivência e dificuldades provocadas pela doença em sua trajetória de vida.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E) foi elaborado com uma linguagem clara, acessível, contemplando a justificativa da pesquisa, objetivos, metodologia, riscos possíveis e benefícios esperados; garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa; liberdade do participante se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado; a garantia do sigilo que assegure o anonimato a privacidade dos participantes quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. O anonimato dos participantes foi garantido através da denominação fictícia por um numeral, distribuídos em ordem crescente da realização de cada entrevista.

4 A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA APS À PESSOA COM DOENÇA FALCIFORME: (DES) ARTICULAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES INSTITUCIONAIS E TÉCNICAS

Neste item analisamos a produção do cuidado à pessoa com doença falciforme na APS a partir das dimensões institucionais e técnicas que envolvem planejamento de atividades, equipe de trabalho, integralidade da atenção, acesso, acolhimento, vínculo, compromisso, responsabilização e resolubilidade.

Todavia, inicialmente, faremos algumas considerações sobre a concepção de saúde-doença e processo de trabalho pelos usuários e profissionais de saúde, por entendermos que são aspectos que poderá contribuir para a produção do cuidado integral em saúde, nos subsidiando para realização da análise dos aspectos que envolvem a produção do cuidado em saúde.

Segundo Campos e Mishima (2005), na produção de serviços de saúde todo trabalho deveria ter como produto final o atendimento das necessidades de uma população de um determinado território. E para a Saúde Coletiva, atender essas necessidades de saúde significa resgatar o conceito do processo saúde-doença para instaurar processos de trabalho que respondam aos problemas.

Um grande marco da definição de saúde foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde, em 1948, quando considerou a saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não se restringiu simplesmente à ausência de doença e incapacidade. Tal concepção, na época, trouxe contribuições relevantes, contudo, foi criticado, pois, ao considerar a saúde como um estado de bem-estar pleno mostrava-se uma concepção impraticável, inatingível e utópica (HUBER et al., 2011).

Outro conceito de saúde foi formulado na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em Brasília, no ano de 1986, (BRASIL, 1986a), fruto de intensa mobilização, que se estabeleceu em diversos países da América Latina durante as décadas de 1970 e 1980, de acordo Fonseca e Corbo (2007), como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde.

Para Fonseca e Corbo (2007), os postulados da VIII Conferência sobre saúde-doença procuram resgatar a importância das dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença nas coletividades. Contrapondo-se à concepção biomédica, baseada no conhecimento anatomopatológico e na abordagem mecanicista do corpo, cujo modelo assistencial está centrado no indivíduo, na doença, no hospital e no médico.

Um debate que aconteceu em pleno processo de redemocratização do país, no âmbito do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e representou uma conquista social sem precedentes ao transformar-se em texto Constitucional em 1988.

Dessa forma, a concepção de saúde descrito no período da Reforma Sanitária Brasileira, defende como princípios e diretrizes para um novo e único sistema de saúde a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação social.

Assim, na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), a concepção de saúde tem um sentido ampliado ao considerar a saúde resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Ao longo dos anos surgiram vários modelos de explicação e compreensão da saúde, da doença e do processo saúde-doença, citado por Gamba e Tadini (2010) como o modelo epidemiológico baseado nos três componentes – agente, hospedeiro e meio, considerados como fatores causais, que evoluiu para modelos mais abrangentes, como o do campo de saúde, com o envolvimento do ambiente (não apenas o ambiente físico), estilo de vida, biologia humana e sistema-serviços de saúde, numa permanente interrelação e interdependência.

Entretanto, entendem Gualda e Bergamasco (2004), que o processo saúde-doença está diretamente ligado à forma como o ser humano, no decorrer de sua existência, foi se apropriando da natureza para transformá-la, buscando o

atendimento às suas necessidades. Em uma perspectiva mais desafiadora, Huber e outros (2011) propuseram um conceito reformulado de saúde como sendo a capacidade de adaptação e de autogestão em face dos desafios sociais, físicos e emocionais.

Percebemos assim que os significados de saúde e de doença modificam-se ao longo da história, determinando modelos e o funcionamento dos sistemas de saúde, e portanto, o processo de saúde-doença pode ser compreendido por profissionais de saúde, usuários e gestores e revisitado muitas vezes no decorrer da nossa prática em saúde, para que assim contribuam para a construção do Sistema Único de Saúde crítico, participativo, centrado nos usuários e suas demandas, não limitando-se a saúde como ausência de doença.

O entendimento dos usuários sobre o processo saúde-doença de acordo com os entrevistados 7, 8, 10 e 15 traduzem a saúde como ausência de dor e higiene, concepções respectivamente focadas tanto no biológico quanto na visão higienista de saúde, ainda restrito no corpo biologicamente adoecido, apesar do E15U conceber a saúde diferentemente dos demais como qualidade de vida, uma aproximação da concepção defendida na Constituição Brasileira de 1988 e assegurada na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990).

É não sentir dor, tenho sentido muita dor no corpo, fazer essa dor passar, tomar remédio e **mudar o alimento** [...] (E7U).

É estar bem, sem sentir dor, é ter bom alimento [...] (E8U).

Saúde é o equilíbrio, né? **Não sentir dor**, estar bem, bem consigo, saúde psicológica, física, tudo isso influencia no corpo, na ação e é basicamente o mais importante, sem saúde você não consegue fazer nenhuma outra atividade de sua vida (E10U).

Ter saúde para mim é ter uma boa qualidade de vida. Ter higiene, para mim é isso aí. Tudo isso já é ter saúde... **Educação**, uma **boa alimentação**, higiene também, tudo isso, leva a uma boa qualidade de vida (E15U).

Considerando-se tais falas, observamos o quanto a dor tem significado e implica na vida das pessoas que tem doença falciforme nos levando a refletir que os profissionais de saúde devem considerar a profundidade dos significados da doença e da dor para aquela pessoa.

Para Adegbola (2011) e Smith (2011) o evento doloroso agudo é facilmente distinguido por essas pessoas com DF em relação a outros eventos dolorosos que acontece devido aos episódios de oclusão dos vasos sanguíneos, sendo denominada como ‘dor falciforme’, e reconhecida pelos próprios como “a dor da doença”. Ainda que seja um evento espontâneo, os episódios dolorosos agudos podem apresentar outros elementos precipitantes, como o frio, o esforço físico e estresse emocional, apnéia do sono, fadiga, hipóxia, dentre outros.

A qualidade de vida ressaltada pelas pessoas com doença falciforme talvez esteja relacionada, muitas vezes, a ausência da dor; pois a existência da dor é para a pessoa com DF uma condição que dificulta a manutenção do bem-estar e, conseqüentemente, da sua saúde e que muitas vezes faz parte da sua trajetória de vida.

Por sua vez, outras falas dos usuários reforçaram a concepção de saúde ao relacionar a saúde com uso de medicamento, consultas médicas e combate às doenças, o que avigora à medicalização da saúde.

É preciso se cuidar, **ir para as consultas**[...] (E20U).

Tomando a medicação certa, da anemia falciforme ajuda também, bastante[...] (E18U).

Ter saúde é ter **uma melhor qualidade da medicina**, não é mesmo? Ter uma boa qualidade da medicina, para poder **combater com a doença** [...] (E11U).

Eu acho que para ter saúde, para ter uma boa saúde acho que precisa de atenção sanitária e uma **atenção melhor com os profissionais**. Bom é isso mesmo (EU23).

Como vemos, as falas, desses usuários não possuem uma noção crítica a respeito dos conceitos de saúde, ao limitar e focalizar na doença e na intervenção curativa, fundamentado na prática biologicista, no modelo biomédico do processo saúde-doença e na medicalização social.

Sobre a medicalização social Tesser (2010) refere que ela está ligada às formas legitimadas, oficializadas e profissionalizadas de cuidado e tratamento na modernidade, lideradas pela biomedicina, que transforma a cultura, diminui o manejo autônomo de parte dos problemas de saúde e gera excessiva demanda ao SUS.

Neste sentido, para o autor, estratégias e orientações para uma atenção à saúde na rede básica, de caráter “desmedicalizante” e/ou minimizador da medicalização, tornam-se valiosas, mas são relativamente escassas, consistindo em relevante desafio para o SUS.

A supervalorização dos medicamentos, na Instituição A foi uma realidade também por nós observada, o que vem reforçar o entendimento dos usuários. Muitos deles compareciam à unidade para pegar exclusivamente o medicamento e, outros faltavam as consultas com a equipe multidisciplinar porque estavam se sentindo ‘bem’ e achavam que não precisava de atendimento naquele momento.

A forma de pensar a saúde como ausência de doença e a supervalorização dos medicamentos podem influenciar nos comportamentos para manutenção de uma vida saudável, bem como, restringir suas ações enquanto sujeito protagonista do SUS na busca dos seus direitos individuais e coletivos no exercício da cidadania. Assim, o conceito que as pessoas têm sobre a saúde leva-nos a pensar sobre o reflexo da conjuntura social, econômica, política e cultural que estão inseridos e pode variar de acordo a situação vivenciada no determinado momento da sua vida.

Tal situação foi relatada pelos profissionais de saúde daquela unidade como frequente, aqui contextualizada na fala do E2PS.

[...] se ele estiver bem, eles falam assim **‘ah eu vou fazer o que aqui se eu estou bem?’** [...] **‘vou lá falar com o médico o quê, que eu não estou sentindo nada?’** Então eles vêm só buscar o Ácido Fólico, porque tem que ser de uso contínuo (E2PS).

Enfim, a medicalização, segundo Tesser (2006), enfatiza que os processos relacionais entre profissionais de saúde e usuários estão sempre sob tensões de múltiplas naturezas, cujos resultantes gerais têm sido altamente medicalizantes, o que

leva-nos a questionar se de fato os saberes/práticas biomédicos contribuem para a promoção da autonomia dos usuários.

Corroboramos com Tesser (2006) que as tecnologias de intervenção, os saberes biomédicos e suas operações cognitivas pouco contribuem para a autonomia das pessoas doentes. Frente a tais limites ele sugere uma resignificação dos saberes biomédicos, como missão de reconstruir a autonomia, prevenir e curar os adoecimentos vividos.

Mediante tal realidade, Vianna (2011) defende que a saúde deve ser entendida em sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida; não é um bem de troca, mas um bem comum, um bem e um direito social, no sentido de que cada um e todos possam ter assegurado o exercício e a prática desse direito, envolvendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças.

Outrossim, as falas dos profissionais de saúde 2, 3, 5, 6, sobre concepção saúde-doença são convergentes com as dos usuários, pois estão focadas numa visão ainda biologizante, no equilíbrio da homeostasia, dos aparelhos e das funções do corpo.

[...] é aquela questão da pessoa está bem fisicamente, psicologicamente, emocionalmente e hoje em dia eu diria até financeiramente, por que quando a pessoa tem condições de manter sua família, a partir daí você pode ter até **uma melhor qualidade de vida**, então você pode ter uma melhor saúde[...] (E2PS).

Saúde para mim é o bem-estar físico, pessoal, espiritual, é uma maneira de que **a pessoa está bem em todos os âmbitos pessoais**, né? Que antigamente era conhecido como saúde ausência de doença, mas hoje em dia a gente tem outra concepção de que saúde não é só a ausência de doença, mas envolve todo o meio que o indivíduo acaba vivendo (E3PS).

Saúde é o bem-estar do cidadão, né? O cidadão para estar bem, estável, tem que ter saúde [...]. **Ela precisa ter saúde, ela precisa de uma boa alimentação, precisa de uma boa moradia, precisa de educação** (E5PS).

Bom, saúde na verdade para mim não é somente a pessoa estar bem, sem nenhuma doença; na verdade **é um conjunto de fatores que levam a ter um bem-estar geral**, não é só a pessoa estar livre de doenças, mas assim a convivência que ele tem ao redor, em relação a moradia, a trabalho, a

convivência com a família, então tudo isso, leva a um conjunto de fatores que levam a um bem-estar geral (E6PS).

Porém, apesar da visão funcionalista da concepção de saúde, os profissionais de saúde, complementam que para ter “bem-estar” é necessário moradia, condição financeira, relação familiar e outros, elementos defendidos na VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986a) e garantida pela Constituição Brasileira de 1988, e posteriormente institucionalizada pela Lei Orgânica 8080/90 (BRASIL, 1988).

Essa concepção considerou a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, às quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Vemos que, dentre as concepções do processo saúde-doença concebidos pelos profissionais de saúde nenhum deles citou a influência dos determinantes sociais que interferem no processo de adoecimento das populações bem como no risco das mesmas. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (BRASIL, 2006), são os determinantes sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde, os riscos e vulnerabilidade na população.

A síntese feita por Vianna (2011), complementa que o processo saúde-doença representa o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde e doença de uma população, que variam em diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade.

Ao considerarmos a complexidade da doença falciforme em sua dimensão social, cultural e biológica, é preciso que os profissionais de saúde compreendam de uma forma ampla o processo saúde-doença como de fundamental importância para a produção do cuidado, mais responsável e eficaz, na medida que percebem o ser

humano em sua totalidade, atentando para todos os aspectos que podem influenciar o processo saúde-doença e a forma de viver dessas pessoas.

No entanto, os profissionais de saúde E14 e E22, tem um entendimento diferente a respeito da saúde, concebendo-a como o bom atendimento médico e condição financeira.

Ter saúde é a gente procurar uma qualidade de vida melhor, né? Acho que não depende só da gente, né? Depende também dos serviços, **você ter bom atendimento médico** [...] (E14PS).

Saúde para mim, para **ter uma boa saúde você tem que ter uma condição financeira boa**. Quando a pessoa tem uma condição financeira boa, eu tiro assim... os artistas quando eles têm um câncer, por exemplo, eles têm mais facilidade de ser tratado, do que um paciente que não tem condições, então assim, parte daí ter uma boa condição de vida (E22PS).

É preciso que os profissionais da saúde repensem sua prática, buscando a compreensão de que o processo saúde-doença sofre influência de uma diversidade de determinantes que não se restringem diretamente ao atendimento médico, condição financeira e ausência de doença. No nosso entendimento, pensar de forma crítica essas concepções permitem modificações e transformações no agir em saúde, na medida que possibilita a prática de um cuidado focado na pessoa que é carregada de valores e significados subjetivos e únicos e que sofre, constantemente, influência do meio onde vive.

Se pretendermos, como pressuposto da educação profissional em saúde, formar trabalhadores críticos, capazes de compreender e atuar na transformação da realidade social e de saúde da população, é preciso tomar a discussão do processo saúde-doença como eixo fundamental na organização dos currículos de formação.

A concepção ampliada de saúde assumida no texto constitucional brasileiro (BRASIL, 1990), traduz uma tentativa de mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, com a incorporação de ações de promoção, proteção à saúde, ao lado daquelas de prevenção, cura e recuperação da doença.

Diferente dos demais entrevistados a entrevistada E17PS faz referência à responsabilidade do governo para manutenção da saúde da população.

[...] no meu caso que sou ACS é promoção e prevenção à saúde, então é melhor prevenir antes que chegue a um grau mais elevado[...] **E que o governo se responsabilizasse mais pela saúde e diminuíssem as propagandas**, e realmente posse em prática as verbas que o governo federal repassa para a saúde do município, principalmente no nosso município de Feira de Santana (E17PS).

Nesta fala fica evidente a insatisfação do profissional de saúde com a gestão Municipal em relação a situação de saúde do município, inclusive ratifica a responsabilidade governamental para custeamento da saúde.

As falas aqui explicitadas dos profissionais de saúde e usuários revelam, de forma geral, a influência do modelo assistencial de saúde focalizado na doença, medicamentos e atendimento médico.

Entretanto, vemos uma necessidade de discussões e debates sobre o processo saúde-doença aprofundadas e reflexivas na formação permanente dos profissionais, bem como, o trabalho de educação em saúde para os usuários, na abordagem do conceito ampliado de saúde com seus determinantes sociais e contextuais, tendo em vista a influência que eles têm sobre a prática de saúde e as relações construídas no cotidiano do processo de trabalho em saúde.

Para a compressão da produção do cuidado em saúde, entendemos que é necessário, inicialmente, abordarmos o processo de trabalho em saúde, que para Peduzzi e Schraiber (2009) diz respeito à prática dos trabalhadores/ profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde, sendo necessário entender que nesse processo de trabalho cotidiano está refletida toda a dinâmica do trabalho humano.

Na concepção de Coelho (2002, p.121) o processo de trabalho pode ser definido “ como o momento no qual se articulam todos os elementos da ação para sua

produção: o agente, os meios e o objeto, dentro de um espaço apropriado e anteriormente definido. ”

De acordo Franco e Merhy (2013) o trabalho em saúde dar-se-á baseado em um encontro e, nesta perspectiva, é sempre relacional, em ato, ou seja, é um trabalho vivo, centro do processo produtivo do cuidado. Complementam que o trabalho em saúde é coletivo e, portanto, o processo de trabalho dos sujeitos implicados não pode ser desarticulado.

Neste estudo, quando falamos de processo de trabalho estamos nos referindo às práticas dos profissionais, ao cuidado e as ações de saúde, tendo em vista que o produto do trabalho em saúde é a qualidade de vida das pessoas ‘ sua saúde’, e não é material. Faria e outros (2009) destacam que o processo de trabalho em saúde corresponde ao modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho.

Para tanto, apresentaremos as características do processo de trabalho identificados nos campos em estudo (objeto, finalidade, instrumentos, atividades e agentes), ressaltando que tais elementos precisam ser percebidos de forma articulada e complementar.

De acordo com Faria e outros (2009) todo processo de trabalho se concretiza em algum objeto, sobre o qual é exercido a ação transformadora. Peduzzi e Schraiber (2009) definem que o objeto de trabalho representa o que vai ser transformado, a matéria-prima; e no setor saúde corresponde as necessidades humanas de saúde, portanto, o objeto será aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador.

Para os profissionais de saúde entrevistados 3, 13, 19 e 22, o seu objeto de trabalho é o “paciente”, tendo o E19PS complementado com a família.

Aqui no Centro a gente busca melhorar a função, por mais que a ela esteja preservada a gente tenta potencializar melhor a função **do paciente** (E3PS).

[...] eu acho que é proporcionar esse **bem-estar ao paciente**, esse bem-estar como um todo [...] (E13PS).

O paciente e família (E19PS).

O paciente. O que eu puder fazer pelo paciente eu estou aqui para fazer, porque ele depende muito da gente, né? [...] (E22PS).

Notamos nestas falas que os profissionais de saúde conseguem perceber o seu objeto de trabalho relacionado a pessoa (paciente e família) na busca do bem-estar, contudo, não cita a necessidade de saúde como objeto de sua ação.

Já para os profissionais de saúde entrevistados 2,5,6 e 17, o objeto de sua ação está relacionado com a função que exerce no seu cotidiano de trabalho e sua formação profissional, no nosso entendimento a finalidade desse processo de trabalho.

Meu objeto de trabalho na verdade são os alimentos, são os nutrientes, e o que eu consigo com isso é uma melhor qualidade de vida das pessoas, através de uma alimentação equilibrada, saudável, acredito que é isso (E2PS).

Orientar, **passar orientação para as famílias** sobre saúde, sobre moradia, sobre tudo, né? **Eu oriento tudo**, eu oriento sobre o lixo, sobre a saúde, sobre as crianças, sobre as verminoses[...] (E5PS).

Dar o melhor bem-estar para uma **condição odontológica**, que a pessoa tenha aí o melhor possível em relação a saúde oral (E6PS).

Meu objeto de trabalho é promover; é promoção e prevenção à saúde e **orientar as famílias** a procurar a Unidade Básica de Saúde, que é o primeiro passo que eles têm que dar[...] (E17PS).

Tais falas deixam explícitas que os profissionais de saúde compreendem o seu objeto de trabalho equivocadamente; é fundamental a apreensão de tal entendimento, pois permite que o desenvolvimento e planejamento das suas ações sejam orientado, de fato, para as necessidades de saúde individual e coletiva da população.

Nos chamou atenção a fala da entrevistada 4, porque a mesma correlacionou o objeto do seu trabalho à sua prática limitada ao procedimento técnico que exerce.

Meu objeto de trabalho é **cuidar dos pacientes** com doença falciforme **na parte de feridas, das lesões** (E4PS).

O objeto de trabalho da E4PS restringiu-se ao cuidado relacionado à ferida; postura focalizada em procedimento técnico e especializado, o que reflete o modelo hegemônico médico-centrado e hospitalocêntrico que os profissionais de saúde foram “moldados”. A prática tradicional e fragmentada em saúde reduz a capacidade de produção do cuidado àquela que dar-se-á na relação usuário e profissional de saúde, centrada no usuário na busca de atender as suas necessidades de saúde numa perspectiva que vai além de realização de curativo.

Corroborando com a reflexão anterior, Franco (2013) destaca a necessidade de desconstruir, nas práticas de saúde, a hegemonia exercida pelo modelo biomédico hegemônico, ratifica a importância da mudança nos atos de saúde, no seu modo de produção reforçando a centralidade do trabalho vivo como processo produtivo do cuidado.

Diferentemente das demais falas já mencionadas, a E12PS referiu o seu objeto de trabalho com as necessidades dos pacientes.

Meu objeto é que o paciente sinta correspondido nas necessidades dele no momento. Se o paciente tem dor, eu tento estar ajudando não só em relação à medicação, mas dar o conforto emocional, estar do lado, estar pegando na mão desse paciente para que ele se sinta também acolhido (E12PS).

Concordamos com Cecílio (2009) que as necessidades em saúde podem funcionar como analisadoras das práticas em saúde, considerando que seu reconhecimento e enfrentamento estão vinculados aos princípios do SUS, o que implica, por parte dos profissionais de saúde e serviços, em esforço de reconhecimento e atendimento às necessidades trazidas pela população como forma de garantia da proteção universal da saúde.

De acordo com os profissionais de saúde entrevistados foi possível conhecer os significados que os participantes deram ao seu objeto de trabalho, seja relacionando a concepção de objeto às pessoas e família, seja representando a sua formação e sua prática de trabalho (assistência) e até mesmo interligando o objeto às necessidades de saúde das pessoas.

Portanto, é de suma relevância a compressão do objeto de trabalho pelos profissionais de saúde, na medida em que eles vão direcionar as suas práticas às demandas de saúde da população, que muitas vezes não estão relacionadas com doenças ou situações médicas, cabendo ao profissional a sensibilidade e capacidade de perceber essas necessidades.

Quanto a finalidade do trabalho, as falas dos profissionais de saúde, entrevistados 2, 5, 12 e 13 convergiram quanto o seu objetivo de trabalho: melhorar a qualidade de vida e a saúde; cuidar.

Melhor qualidade de vida, minimizar crises, minimizar dor (E2PS).

O objetivo **é melhorar**, é melhoria na saúde ao todo (E5PS).

Saber que o que eu estou fazendo está proporcionando um grande bem para esse paciente, qualidade de vida, uma coisa boa, uma coisa que vai estar correspondendo com às necessidades dele (E12PS).

É sempre ver ele muito bem e feliz, ir embora feliz porque a gente conseguiu resolver, **a gente conseguiu melhorar**[..] é possível cuidar, é possível fazer diferente, eu acho que é esse o objetivo, fazer diferença, para melhor (E13PS).

Os processos de trabalho respondem as finalidades e para Peduzzi e Schraiber (2009) representam a intencionalidade do processo de trabalho, o projeto prévio de alcançar o produto desejado que está nos planos do trabalhador, ou seja, em que direção e perspectiva será realizada a transformação do objeto em 'produto'.

Todo processo de trabalho é realizado para alcançar alguma finalidade, objetivo determinado previamente. Para Faria e outros (2009) essa finalidade conduz todo o processo de trabalho e é em função dela que se constituem os critérios ou parâmetros de realização do processo de trabalho.

Outrossim, contrapondo-se as falas anteriores sobre a finalidade do processo de trabalho dos profissionais de saúde com as pessoas com DF, os entrevistados 3, 4 e 6 divergiram dos demais quando relacionaram a finalidade desse trabalho a questões iminentemente técnicas e fragmentadas oriundas do seu fazer no

dia a dia da sua prática, numa perspectiva biologizante, materialista, mecanicista e tecnicista.

O objetivo é mais **melhorar a capacidade funcional** dele, no dia a dia (E3PS).

Ver ele bem [...] então é o que eu procuro buscar para o paciente: **cuidar daquela ferida, tentar fechar, minimizar aquele odor**, estar com aquele paciente todos os dias (E4PS).

Na verdade, **a gente atende a saúde oral**, mas como a gente tem a equipe, a gente trabalha em equipe[...] (E6PS).

Para Franco e Merhy (2013) a finalidade do trabalho em saúde é o cuidado, é o cuidar dos usuários, ressaltando que ele possui necessidades de saúde que precisam ser percebidas. Assim, destacamos que a finalidade do trabalho explícita nestas falas não corresponde ao cuidado integral. Numa perspectiva ampliada, percebemos que o cuidado vem sendo de forma fragmentada, focalizada na sua área de assistência como produto final, representadas nas partes das falas: capacidade funcional, cuidar da ferida e atendimento da saúde bucal, desconsiderando as tecnologias relacionais.

Contrapondo-se as falas dos E3PS, E4PS e E6PS, os E14PS e E22PS mencionaram a finalidade do seu trabalho com a satisfação do 'paciente' o E19PS com conforto para 'paciente' e família, traduzidos nas ações estabelecidas no trabalho vivo.

Mesmo que você não encontre a solução para resolver ali, mas no bom senso, **na boa conversa o paciente saia satisfeito** (E14PS).

Que o paciente **esteja satisfeito com meu trabalho**, e comigo, porque eu **fico muito feliz quando o paciente se sente bem tratado**, se sente bem com o meu trabalho[...] para mim já é tudo (E22PS).

Objetivo é tentar ao máximo, dentro do meu âmbito hospitalar **dar conforto**, agilizar todo o seu tempo de internamento[...] a depender da necessidade que ele tenha, venha dar o conforto para aquela família e para aquele paciente (E19PS).

A partir de tais entendimentos sobre a finalidade do trabalho, reconhecemos que a satisfação tanto do paciente e família quanto do profissional com a assistência prestada, bem como o conforto oferecido correspondem as práticas do cuidado em saúde e fazem parte da terapêutica, potencializando o processo de

trabalho, elementos essenciais para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde das pessoas.

Nessa direção, Pires (2008) complementa que o trabalho em saúde tem finalidade terapêutica, curativa ou de prevenção e promoção de saúde de indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos e desenvolve-se, como trabalho coletivo multiprofissional. Para Faria e outros (2009) todo processo de trabalho é regido pelos fins estabelecidos, a escolha e o estabelecimento desses fins ou objetivos são uma atividade de suma importância para chegar a finalidade esperada.

Em síntese, após a análise das falas correspondente a finalidade do trabalho em saúde destacamos três compreensões: finalidade do trabalho relacionada a qualidade de vida e cuidado, outras dirigidas a questões técnicas e fragmentadas da área de atuação de cada profissional e ao conforto e satisfação do usuário.

Destarte, ressaltamos aqui a importância da compreensão, por parte dos profissionais, de que a finalidade do trabalho em saúde é o cuidado dos usuários que envolve diversos aspectos como promoção de bem-estar, qualidade de vida, satisfação e conforto dos “pacientes”, não sendo restrito apenas a procedimentos técnicos focalizados de áreas específicas. Sendo assim, apesar de alguns profissionais de saúde relacionarem a finalidade do trabalho com aspectos que envolvem o cuidar em saúde, alguns deles possuem uma prática tecnicista, pautada em procedimentos e fragmentação do cuidado.

Todo processo de trabalho em saúde deve ser balizado pela finalidade do mesmo, o que se quer alcançar. Contudo, para conseguir atingir esses objetivos é necessário saber quais instrumentos e meios específicos iremos utilizar. E, nesse sentido Mehry (2014) estabeleceu três categorias para as tecnologias do trabalho em saúde. Chamou de “tecnologias duras” as que estão inscritas nas máquinas e instrumentos; de “leve-duras” as que se referem ao conhecimento técnico, por ter uma parte dura que é a técnica, definida anteriormente, e uma “leve”, que é o modo próprio como o trabalhador a aplica; e “tecnologias leves” que dizem respeito às relações que,

de acordo com o autor, são fundamentais para a produção do cuidado e se referem a um jeito ou atitude próprios do profissional.

No processo de trabalho podemos também identificar os instrumentos que são os saberes e os materiais necessários à produção do cuidado. Para Faria e outros (2009), os meios de produção ou instrumentos de trabalho podem ser máquinas, ferramentas ou equipamentos em geral, inclusive conhecimentos e habilidades como uma abordagem mais ampla.

De acordo com Mendes- Gonçalves (1992) no processo de trabalho em saúde existem instrumentos materiais e não-materiais. Os primeiros incluem os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações e outros. Os segundos são os saberes que articulam os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais. Além disso, constituem ferramentas do trabalho de natureza intelectual e permitem a apreensão do objeto de trabalho.

Nas falas dos entrevistados 5, 12 e 14 vimos como instrumentos de trabalho as tecnologias leve-duras representadas pelas máquinas e conhecimento e as leves como carinho e acolhimento utilizadas no processo de trabalho, exemplificadas a seguir:

A gente orienta, a gente passa orientação para as pessoas. A gente usa **balanças, mochila, caderno, lápis, a sacolinha de pesar criança, tablete** (E5PS).

O que a gente tem de instrumento consegue corresponder às necessidades da maioria dos pacientes, e depois **o instrumento pessoal meu, é o acarinhar**, estar próximo daquele paciente no momento que ele está sentindo dor, pegar na mão (E12PS).

Eu acho que, **primeiro começando por nós mesmos, né?** Depois que vem os instrumentos. Quando eu falo nós mesmos, numa forma de cuidar desse paciente com **bom acolhimento**. Aí depois a gente vê o instrumento, do que precisa (E14PS).

Considerando-se tais falas, vemos assim que tanto os instrumentos representados por equipamentos, habilidades e relacionais se somam e complementam-se. É necessário pensar que antes do uso das tecnologias duras e

leve-duras para a prática do trabalho em saúde é indispensável, acolher e escutar as pessoas, na tentativa de identificar suas necessidades, bem como resolvê-las.

Já a E19PS faz uma crítica às condições de trabalho, e que as tecnologias duras são suficientes para os atendimentos e cita os recursos humanos como instrumento de trabalho, apesar disso é insuficiente para atender as demandas da instituição, limitando atenção ao “paciente”.

O hospital oferece vários tipos de exames, que otimizam e agilizam a vida do paciente em termo de tomografias, ultrassons, eco, doppler, tem recursos humanos também. **A gente precisava ter mais recursos humanos**, quanto mais profissionais mais atenção o paciente vai ter e **quanto menos profissionais, menos atenção ele vai ter [...]** (E19PS).

Ressaltamos nesta fala a importância nos equipamentos e máquinas para auxílio de diagnósticos e terapias. Contudo não podemos esquecer que o trabalho humano é categoricamente essencial e insubstituível, reforçado na fala. Nesta perspectiva, para Franco e Merhy (2013) para além das máquinas e do conhecimento técnico, há algo importante no trabalho em saúde que são as relações entre os usuários e profissionais de saúde que se constituem no processo de trabalho, e trazem uma composição humana para os atos de saúde, humanizando o sujeito trabalhador.

No momento da observação, constatamos a dificuldade em relação aos recursos humanos que o E19PS relata em sua fala. A insuficiência de profissional faz o que ele assuma mais de um setor na instituição, o que acaba influenciando na qualidade da assistência prestada, já que o mesmo precisa priorizar o que é mais urgente no momento em detrimento de realizar atividades educativas, escuta e acolhimento.

Os profissionais de saúde entrevistados 3 e 17, relacionaram os instrumentos apenas a recursos materiais de trabalho, limitados, que poderão influenciar na prática e criticaram os serviços e governo, apesar de não referirem às tecnologias leve e leve-duras.

Aqui em si a gente tem, vamos dizer assim, que a gente tenta se adaptar à estrutura, porque **a gente não tem muito recurso material**, então a gente

vai tudo pelo improviso. Algumas doações a gente recebe, a gente tenta fazer esse malabarismo com essa realidade que a gente tem [...] (E3PS).

Então, **nosso instrumento de trabalho está difícil**, cada dia que passa mais difícil. Como eu te falei, **EPI a gente tem que dar providência**, o município nunca mais deu nada a gente, até farda a gente está sentindo dificuldade (E17PS).

Muitas vezes, o profissional de saúde valoriza mais os instrumentos e máquinas de trabalho do que o acolhimento, conhecimentos e relações humanas que deve ter com o usuário. Isso significa que a relação, o diálogo e a escuta são colocados em segundo plano, para dar lugar a um processo de trabalho centrado no formulário, protocolos e procedimentos. Uma postura profissional que pode interferir na produção do cuidado, na medida que reduz a capacidade de construir relações de confiança, vínculo e corresponsabilização.

Todavia, diferente das outras falas, a E2PS explicita a utilização do incentivo ao autocuidado, escuta qualificada como instrumento de trabalho e a E4PS, menciona o autoconhecimento como instrumento.

[...] nós temos também **o incentivo ao autocuidado**, nós incentivamos. Nós também praticamos aqui **a escuta qualificada**, muitos desses pacientes às vezes não vêm atrás do nutricionista, mas quer uma pessoa para falar de seus problemas, das suas angustias, seus medos, suas incertezas, e aqui a gente tem (E2PS).

[...] então **meu instrumento é estudar, buscar teoria, buscar prática**, buscar experiência, que nós aqui trabalhamos com parceria e estar buscando sempre conhecimento, **minha ferramenta é esse aí** (E4PS).

Coincidentemente, tivemos a oportunidade de observar na prática a consulta realizada pela profissional E2 e constatamos que a mesma possui uma postura acolhedora e humanizada, além de orientar a todo momento o paciente a cuidar do seu corpo, a ficar atento aos sinais e sintomas de complicação da doença e fazendo sempre adaptação do cardápio nutricional a realidade social e econômica de cada usuário individualmente.

As duas falas abordam instrumentos importantes do processo de trabalho em saúde que é o incentivo ao autocuidado, escuta qualificada e a busca pelo conhecimento. Nós compreendemos que a soma dessas tecnologias leve-duras e leves são relevantes para subsidiar as práticas em saúde, envolvendo educação nos

serviços, o cuidado e planejamento das ações, podendo ir além de rotinas, protocolos e procedimentos técnicos.

Para Faria e outros (2009) todo processo de trabalho é desenvolvido com o uso de meios específicos para cada condição particular, sendo que os meios e condições de trabalho se ajustam na sua realização com atividade produtiva. Os conhecimentos, sistematizados ou não, e as habilidades utilizadas no processo de trabalho também compreendem os instrumentos de trabalho na saúde.

Consequentemente, entendemos que os instrumentos, materiais e máquinas (tecnologia dura) fazem parte das rotinas das unidades de saúde e são importantes para execução do cuidado, porém se tornam incompletos, ineficazes e insuficientes quando dissociados das tecnologias leve-duras e leve, já que o trabalho em saúde está intimamente ligado a relações humanas, ou seja, ele acontece mediante encontro entre profissional e usuário na busca da produção do cuidado.

Outro elemento presente no processo de trabalho em saúde são as atividades/ ações realizadas, fundamentais para analisar como se dão as práticas nos cotidianos dos serviços de saúde. As atividades que os profissionais de saúde executam nas suas unidades de serviços são explicitadas a seguir, destacando-se a assistencial, caracterizada com ações focadas nas tecnologias leve: acolhimento, escuta, conversa e tecnologias leve-dura: avaliação de exames, reeducação alimentar, orientação à família, encaminhamento.

Nós fazemos de tudo um pouco, **avaliação de exames** [...] a gente **escuta e às vezes a gente acolhe**. E aí eu faço a **reeducação alimentar**, eu tento equilibrar o que ele tem, tento repaginar o que é acessível a ele, para ele fazer escolhas certas, positivas, dentro da sua condição de trabalho (E2PS).

Passa na casa das famílias, lá a gente vai **orientar a família e se precisar encaminhado para o posto** (E5PS).

Diretamente com o paciente eu presto assistência. A gente tem uma rotina de visita, a gente vê o que paciente está necessitando (E12PS).

Aqui quando o paciente chega, a gente vai até ele, a gente **conversa** [...] a gente vai **dá a nossa palavra de conforto** para ele, vai ver como é que está a pressão, como é que ele está no todo e daí a gente passa a dar nossa assistência (E22PS).

As atividades realizadas individualmente como consultas, atendimento e assistência direta ao usuário acontecem nas práticas de saúde. Contudo, no decorrer da pesquisa, observamos atividades realizadas coletivamente, tanto à equipe quanto à população, complementares às ações individuais. Dentre as ações coletivas citamos reuniões, oficinas, capacitações, palestras, ações de impacto, atividades de educação para o serviço e educação em saúde, dentre outras.

Entendemos que, o trabalho em Saúde Coletiva desse grupo estudado é uma estratégia de assistência e tem se constituído como uma alternativa para o desenvolvimento de atividades educativas que, por sua vez, podem possibilitar mudanças no modo como o ser humano compreende e se responsabiliza por sua saúde, no sentido de minimizar e melhorar sua qualidade de vida, assim como ampliar a efetividade das relações entre os usuários e profissionais de saúde.

Todavia, a entrevistada 4 faz referência apenas a prática de curativo direcionado ao cuidado da ferida do usuário do serviço dando, aparentemente, certa “valorização” à sua atuação.

Minha prática diária aqui é com as lesões de membros inferiores. Paciente com doença falciforme as lesões abrem geralmente em membros inferiores, então, todos os pacientes que têm lesões passam por mim aqui e são cuidados por mim, até fechar o ferimento, até os próprios encaminhamentos das necessidades dos pacientes, são a mim, eles se reportam a mim e eu encaminho eles (E4PS).

Nesta fala fica claro a supervalorização pelas técnicas e procedimentos o que deixa explícito o cuidado centrado na doença, na ferida, “olhando” o usuário de forma fragmentada- apenas na parte afetada pela doença, a ferida-, “omitindo” ou “minimizando” talvez outros fazeres inerentes à sua prática profissional como enfermeira.

Na análise de prontuário, (Doc4), (FEIRA DE SANTANA, 2017b), observamos que a profissional de saúde descreve todo o procedimento realizado no curativo, mas não aborda em sua evolução outros aspectos inerentes desse usuário em suas outras necessidades que não estejam direcionado à ferida, limitando seu olhar apenas ao procedimento e a técnica do curativo.

É uma realidade que não é de se estranhar, pois, segundo Vianna (2011) os profissionais se concentram nos pontos de interesse que envolvem suas áreas de ação. Porém, não basta a seleção desses pontos isolados, ou ideias centrais, é necessário relacionar uns aos outros, pois dados separados pouco contribuem para o conhecimento e para a ação, restringindo o cuidado a práticas separadas que não se comunicam, ou seja, fragmentadas, não integrais, pontuais, desconsiderando o ser humano integral.

Dentre os profissionais de saúde pesquisados, apenas os entrevistados 3 e 6 relatam que realizam atividades educativas nas suas ações. E, diferentemente dos demais trabalhadores, o entrevistado 6 na sua fala complementa e cita outras atividades desenvolvidas como atendimento domiciliar, sala de espera, atividades com a parceria da escola e feira de saúde.

[...] a rotina da gente é mais[...] **reabilitação, atividades educativas** que nós fazemos **como forma de orientar, promover um cuidado melhor**, e as **rotinas administrativas** que é o trabalho burocrático que a gente faz (E3PS).

Nós temos o **atendimento odontológico** [...] e além disso nós temos as **atividades extra muro**, que é atividade na escola, a gente faz **acompanhamento através do Programa Saúde na Escola**, a gente faz **salas de espera**, na verdade dentro da unidade, **faz feira de saúde** tentando abranger também essa comunidade, e quanto também o paciente, o usuário, ele não tem condições de vir a unidade, a gente procura também fazer esse **atendimento à domicílio**. São as atividades que englobam a nossa atuação aqui na unidade de saúde (E6PS).

Ratificamos a importância da prática de educação em saúde no cotidiano dos serviços de saúde compondo as atividades realizadas pelos profissionais, tendo em vista que a educação à população nos serviços pode possibilitar 'maior' conhecimento sobre sua saúde, como cuidar de si, dando ao usuário mais autonomia. Temos clareza que a educação é um instrumento de transformação social, de reformulação de hábitos, de aceitação de novos valores e que estimula a criatividade (BRASIL 2008b), numa troca compartilhada entre os saberes e práticas.

Durante o período de coleta de dados, observamos que apenas na Unidade de Saúde da Família e no Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme realizavam, diariamente, atividades educativas com seus usuários

direcionadas a diversos temas da saúde. Nos cenários hospitalares estudados, não tivemos a oportunidade de observar tal atividade, sendo inclusive relatado pelos próprios usuários que nunca participaram de atividades relacionadas à educação em saúde sobre a doença falciforme no período de internação.

Por enquanto **é só mesmo o atendimento. É cuidado direto** a ela somente (E11U).

Atividade? Não. **Nunca participei de nada** (E18U).

Ele vai para a brinquedoteca [filho menor], brinca, pinta, canta música, faz um bocado de coisa lá. **Sobre orientação para doença nunca teve** (E20U)

Nunca participei de atividades aqui no hospital (E23U).

As atividades de saúde desenvolvidas na USF não eram direcionadas à doença falciforme, o que foi comprovado pelos livros de registros de educação em saúde da unidade e pelas falas dos usuários. Os temas trabalhados eram sempre relacionados a dengue, hábitos de higiene, hipertensão arterial e diabetes mellitus, saúde bucal e outros.

Lá no posto não, **a gente nunca participou não** (E11U).

É mais reunião, palestra. Bem no começo, logo quando ela nasceu, tem uns cinco anos eu participei (E15U).

Eu não, não vou dizer que eu participo porque **eu não participo** (E16U).

Nestas falas os usuários não participam de atividades educativas voltadas à DF nas unidades de saúde do seu bairro, o que nos leva a refletir sobre o compromisso, responsabilidade sobre a atuação das unidades de atenção primária do município. Será que os profissionais de saúde não têm o conhecimento sobre a DF? Ou até a não compressão sobre os riscos e as vulnerabilidades das pessoas com DF, tornando-os, esses usuários, sujeitos invisíveis?

Outro aspecto importante a ser citado é a falta de participação popular dos usuários com DF e a importância do controle social, em defesa da construção de uma política de saúde direcionada à produção do cuidado integral, resolutiva e humanizada. O controle social, está garantido constitucionalmente desde 1990 com a Lei 8142 (BRASIL, 1990) e reforçou sua importância nas Leis Orgânicas da Saúde,

por meio da criação dos Conselhos e Conferências de Saúde (BRASIL, 1988). Assim não é possível pensar em saúde sem participação popular, já que ela pode contribuir para o ‘melhor’ funcionamento da saúde à medida que poderá possibilitar a otimização do planejamento das ações de promoção do autocuidado, além do fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS, dentre eles o controle social.

Parte da atenção e cuidado necessários ao tratamento das pessoas com doença falciforme está em compartilhar conhecimento sobre a doença e as possibilidades do trabalho em saúde para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas (BRASIL, 2008b). Por conseguinte, uma das estratégias que podem ser utilizadas para minimizar o diagnóstico de risco é a educação em saúde familiar e da população em geral sobre a doença, numa abordagem a partir de cada realidade desse usuário com DF, com uma linguagem acessível, numa relação dialógica, em que o usuário e a família também possam expor seus problemas de saúde, inquietudes, medos e outros, numa escuta qualificada.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012) foi revogada a partir da Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017) que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. De acordo a nova PNAB (BRASIL, 2017) são características do processo de trabalho das equipes de atenção básica desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários.

Dessa maneira, é relevante a inserção de ações educativas voltadas para a doença falciforme no cotidiano de trabalho desses profissionais da saúde, em especial os que atuam na atenção primária de saúde, considerando que ela, naquele momento, é a porta de entrada desse usuário do SUS e, portanto, tem o compromisso de garantir a manutenção da promoção e prevenção da saúde.

Enfim, as atividades como parte do processo de trabalho em saúde caracterizam as ações exercidas pelos profissionais, uma vez que, para Faria e outros (2009, p. 22), “os homens são os agentes de todos os processos de trabalho em que

se realiza a transformação de objetos ou condições para se atingir fins previamente estabelecidos”.

Tais autores ressaltam ainda que para todo processo de trabalho tem um sujeito ou uma equipe que executa as ações, estabelece os objetivos e as relações de adequação dos meios e condições para a transformação dos objetos. Por conseguinte, Peduzzi e Schraiber (2009) reforçam que por meio da presença e ação do agente do trabalho torna-se possível o processo de trabalho – a dinâmica entre objeto, instrumentos e atividade.

Quanto ao agente responsável pela atenção dos usuários com DF nas instituições de saúde pesquisadas, as falas dos entrevistados 3,4,6 e 12 convergiram e se complementaram que toda equipe atua na produção do cuidado.

Toda a equipe, aqui ninguém trabalha só, aqui todo mundo é ligado um com outro (E3PS).

Toda equipe, né? Que é a Nutricionista, Serviço Social, Fisioterapia, Hematologista que temos o pedi e o adulto, o Clínico da dor, e o NUDES (E4PS).

A gente tem o auxílio da ACD, o Auxiliar de Consultório Dentário. Quando necessitamos de alguma atividade fora, os Agentes Comunitários de Saúde também ajudam[...] e também dentro da equipe, o Enfermeiro, o Médico **a gente sempre está junto** [...] (E6PS).

Há, tem um grande número de pessoas que ajudam bastante, **a gente não consegue fazer as coisas sozinhos**. Eu tenho percebido assim, que a gente tem grandes resultados[...] e a gente consegue está trazendo outras pessoas, outros profissionais para estar nos ajudando (E12PS).

Sobre os tipos de trabalho em equipe Ciampone e Peduzzi (2000) destacam que um grupo é constituído por um conjunto de pessoas que se reúnem em um determinado espaço de tempo e lugar, tendo um objetivo em comum, já o trabalho em equipe constituiria uma prática em que a comunicação entre os profissionais faz parte do exercício cotidiano do trabalho e os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da mediação simbólica da linguagem, considerando duas dimensões inerentes ao trabalho em equipe: a articulação das ações e a interação dos profissionais.

O trabalho em equipe para Araújo e Rocha (2007) tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes aspectos que interferem no processo saúde-doença, sendo assim, a ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade de um profissional se renovar na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos.

Por sua vez, Peduzzi (2001) destaca que essa forma de trabalho surge como uma opção de reorganização dos serviços e do modo de atuação profissional, definindo-se como uma prática que envolve a comunicação entre os profissionais no exercício cotidiano do trabalho, sendo nela considerada as dimensões da articulação das ações e da interação entre os agentes como responsáveis pela produção do cuidado.

Outrossim, o trabalho em equipe envolve esforços de cooperação, colaboração, divisão de tarefas e planejamento das ações por todos aqueles que constitui a equipe de saúde na busca coletiva de promover o cuidado integral e atender a diversidade de necessidades que permeiam a vida das pessoas.

A entrevistada 13 faz uma ressalva a respeito do trabalho da equipe de enfermagem para o processo de trabalho em saúde na produção do cuidado das pessoas com DF.

A gente tem os residentes, temos os médicos plantonistas [...] tem o intensivista aqui em baixo que é o da Estabilização, então a gente tem uma equipe. **A Equipe de Enfermagem que é quem faz o nosso trabalho acontecer, né? Os Técnicos e aqui é uma equipe diferenciada, sabe? É uma equipe que entende o que é uma emergência, é uma equipe que entende o que é um paciente grave,** e a gente tem tudo, tem Fono, tem Nutrição, tem toda uma estrutura, toda bem montadinha, bem formada (E13PS).

Concretamente, tivemos oportunidade de observar que o trabalho em equipe da enfermagem tem sido visível na organização dos serviços para o alcance da produção do cuidado integral. Souza e outros (2016) fazem referência a atuação da enfermeira como articuladora dos diversos profissionais do cuidado e sua contribuição para a atenção centrada no “paciente”, na medida em que define a organização do serviço.

Reforçamos ainda que durante o processo de observação da prática na instituição D a equipe de enfermagem, em especial a enfermeira, tem a potencialidade em articular o cuidado com as demais áreas e categorias profissionais, ou seja, é o elo de comunicação da equipe multidisciplinar no processo de tomada de decisão, “faz o trabalho acontecer”.

Independente desse “fazer o trabalho acontecer”, precisamos atentar para as relações interpessoais usuário-profissional de saúde, uma vez que a fala da entrevista 5, a seguir, faz uma crítica à questão do acolhimento.

Quem faz parte da equipe de trabalho são os funcionários, a enfermeira, o médico, o dentista, a recepcionista, as técnicas. A minha opinião, que eu acho **que deveria melhorar é sobre o acolhimento**, que eu acho **o acolhimento aqui da equipe muito péssimo** [...] porque às vezes o acolhimento aqui não é dez não, não é legal não (E5PS).

A importância do diálogo na busca do consenso constitui elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe. Araújo e Rocha (2007), veem à possibilidade do desenvolvimento de uma prática comunicativa na medida em que o trabalho em equipe “provoca” a escuta do outro, levando ao estabelecimento de um canal de comunicação.

De acordo com Peduzzi (2001) os profissionais realizam intervenções próprias de suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns, nas quais estão articulados e integrados saberes provenientes de diversos campos como: recepção, acolhimento, grupos educativos, grupos operativos e outros.

O processo de trabalho em saúde requer uma harmonia entre os agentes ‘equipe’ que ofertam o cuidado. Souza e outros (2016) ainda sinalizam que a interação entre profissionais das equipes nem sempre resulta em entendimento, o que poderá desencadear a ocorrência de conflitos, ou expressar significados positivos ou negativos, a depender de como ocorrem e são conduzidos.

Entretanto, compreendemos que para uma produção do cuidado efetiva do trabalho em equipe, é necessário acolhimento entre profissionais e usuários, articulação e definição das ações/ atividades, interação comunicativa dos agentes e

superação dos saberes isolados, numa perspectiva de cooperação e compromisso por aqueles que integram a equipe.

Por conseguinte, a falta de acolhimento explicitada, anteriormente, pela entrevistada 5 nos leva a pensar na desarticulação da equipe e, conseqüentemente, no impacto negativo para produção do cuidado em saúde neste serviço da APS.

Outro aspecto visível nas falas dos entrevistados 2, 17, 19 e 22 foi a falta de algum membro que compõe a equipe multidisciplinar⁸ e interdisciplinar⁹, ou equipe que dê resolubilidade às necessidades de saúde dos usuários com DF, a pesar de entendermos que há os encaminhamentos.

Nós temos [...] uma equipe bem coesa aqui no Centro. Falta, **lutamos por uma Psicopedagoga**, que nós vimos o déficit de atenção dessas crianças, até de adultos e ela iria fazer um trabalho bem diferenciado, iria só agregar à equipe, e um **Psicólogo, então são dois profissionais que almejamos, sonhamos com eles aqui** (E2PS).

Não temos médico, bater na tecla novamente, é uma vergonha, vergonhoso isso, a sede Distrito da Matinha, um posto de saúde referência [...] e o próprio posto da sede da Matinha não tem um profissional de saúde, **quando troca passa trinta dias e sucessivamente ou mais sem profissional**, e aí a gente faz o que pode [...] (E17PS).

A gente tem a Nutrição, que faz a visita, o Serviço Social, fora a equipe de Enfermagem, Fisioterapia, equipe médica, os oncologistas que fazem a visita diária. Dá, mas assim, a gente poderia ter mais [...] a gente por exemplo **poderia ter um Psicólogo** [...], mas também a gente não deixa tanto a desejar, a não ser que fuja das nossas condições mesmo, que algumas coisas fogem (E19PS).

[...] tem os porteiros aí que ficam aí na portaria; tem o pessoal da recepção também que são importantes; da higiene que é muito importante, que a gente também não pode trabalhar sem eles [...]. Eu acho que aqui no pronto socorro, **poderia ter mais um técnico pelo menos, porque às vezes isso aqui fica muito sobrecarregado**, entendeu? (E22PS).

Para Peduzzi (2001) o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes que compõem as diferentes áreas profissionais.

⁸ **Multidisciplinaridade**: refere-se basicamente à associação ou justaposição de disciplinas que abordam um mesmo objeto a partir de distintos pontos de vista (ALMEIDA, 2000).

⁹ **Interdisciplinaridade**: busca-se a superação das fronteiras disciplinares. Observa-se troca entre as disciplinas com integração de instrumentos, métodos e esquemas conceituais (ALMEIDA, 2000).

Todavia, a construção da interdisciplinaridade, segundo Araújo e Rocha (2007) tem sido um processo contínuo e crescente no setor saúde, dada a necessidade de superação da fragmentação do conhecimento humano, na busca de uma visão ampliada e globalizada que dê conta da complexa dimensão do processo saúde-doença.

A ausência de um membro da equipe de trabalho multiprofissional e ou interdisciplinar além de fragmentar a produção do cuidado em busca da resolubilidade das necessidades de saúde desse usuário com DF, sobrecarrega o trabalho da equipe por déficit de funcionário, fragilizando o cuidado, uma vez que eles são fragmentados. Uma lacuna que pode vir a comprometer a integralidade da atenção que prevê o trabalho coletivo. Assim, para uma melhor produção do cuidado, deve-se atentar para tais dificuldades, para que tragam perspectivas favoráveis a uma qualidade “positiva” da produção do cuidado aos usuários com DF e seus familiares.

De acordo com a PNAB (BRASIL, 2017) a equipe multiprofissional é necessária à ESF e é composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Portanto, a falta do profissional médico na atenção primária, destacada pela profissional 17, contradiz a PNAB, já que ele compõe equipe mínima de funcionamento.

Diferente das demais falas, a entrevistada 14 destacou que a falta de suporte por parte da Secretaria Municipal de Saúde limita o processo de trabalho em equipe.

A equipe toda, né? A gente tem médico, enfermeiro, dentista, minha colega técnica, o agente de limpeza e a recepcionista. E os ACS também. Acho que sim, acho que sim, mas de repente falta...às vezes **falta mais suporte da Secretaria [de Saúde], tem a equipe, mas às vezes falta carro para fazer visita**, acho que isso aí (E14PS).

Situação essa mesmo que seja intermitente, pode dificultar os processos de trabalho em saúde. Concordamos com Moscovici (1999) que a equipe como um

grupo deve compreender seus objetivos e está mobilizado para alcançá-los, de forma conjunta e compartilhada, ou seja, a falta de apoio e organização da gestão fragiliza os processos de trabalho da equipe, pois dificulta a realização das ações em saúde, o que implica, diretamente, no cuidado dispensados à população na APS.

Pensamos que é impossível separar o cuidar e a gerência dos processos de trabalho em saúde. Portanto, é necessário mudar as formas de relacionamento nas práticas concretas do SUS: os modos de interação da equipe, os mecanismos de participação no planejamento, a decisão e a avaliação dos processos. Segundo documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008b), a base do SUS só se sustenta na harmonia dos processos de produção de saúde e produção de subjetividades autônomas, protagonistas e corresponsáveis na reinvenção dos modos de cuidar e gerir os processos de trabalho.

Por fim, na discursão das características do processo de trabalho em saúde, entendemos que a percepção dos profissionais sobre o processo de trabalho em saúde pode influenciar as formas de organizá-lo e, conseqüentemente, o próprio cuidado. Para tanto, sentimos a necessidade de compreender o processo de trabalho na sua totalidade e a interrelação dos seus elementos, a partir das especificidades de cada um no processo de trabalho e suas implicações na prática para que percebamos o funcionamento desse processo numa perspectiva dinâmica e flexível centrada no usuário e nas suas necessidades, ou seja, prática usuário-centrado.

A partir das discussões sobre processo de saúde-doença e processo de trabalho como elementos influenciadores da produção do cuidado em saúde, iremos iniciar a análise das dimensões institucional e técnica a partir do acesso dos usuários aos serviços / porta de entrada, organização das redes de serviços a forma como são acolhidos, vínculos estabelecidos e resolubilidade.

O acesso aos serviços de saúde de forma universal, equânime e integral se constitui em um direito de cidadania, garantido legitimamente após a aprovação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a qual regulamenta e institui o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990). Para Abreu-de-Jesus e Assis (2010), a análise do

acesso vai além do conceito de “porta de entrada”, configurando-se como um dispositivo capaz de transformar a realidade.

A ampliação do acesso à atenção à saúde, especialmente aos cuidados primários, para grande parte da população brasileira é um dos importantes avanços da implantação do SUS. Contudo, a concepção de acesso não pode se limitar apenas à oferta e uso dos serviços, existem outros elementos que estão envolvidos na complexidade do seu significado.

E nessa direção, Unglert (1990) entende que os aspectos que influenciam o acesso aos serviços de saúde estão relacionados às condições de vida da população, habitação, nutrição, poder financeiro, educação, cultura e aos aspectos funcionais do serviço, extrapolando a dimensão geográfica do acesso.

Segundo Starfield (2002) o acesso aos serviços é considerado a primeira fase a ser superada pelo usuário, na busca de atendimento para resolução de problemas, ou a satisfação de uma necessidade dentro do sistema de saúde.

Para os usuários o seu acesso/ porta de entrada na APS tem uma convergência em unanimidade, ao explicitarem a Policlínica, Hospitais e/ou o Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme como sua porta de entrada, conforme as falas a seguir:

[...] se for um caso de urgência e emergência em cima da hora, uma crise, as policlínicas, depois o Clériston Andrade e se for um caso que não é tão urgência e emergência no momento, o Centro aqui nos orienta, marca consulta com o médico, exames e orientações e aí isso vai resolvendo, então a primeira causa, quando é crise a gente vai para Policlínica ou Clériston Andrade e segundo, aqui no Centro (E8U).

Então isso aí eu procurava um pronto socorro, como por exemplo, o Dom Pedro, porque é perto da minha casa ali no Centro [...] (E10U)

Primeiramente levo para policlínica, que a policlínica me envia para o hospital, e aconteceu desde a primeira vez isso. Então, sempre levo para policlínica (E11U).

Sempre quando preciso de alguma coisa procuro o programa ou então venho direto para o Dom Pedro. Sempre assim (E18U).

Eu procuro o hospital mesmo diretamente, quando eu tenho algum tipo de crise eu vou direto para uma emergência, mas **fora isso eu vou ao Centro Social Urbano** (E23U).

Ficou evidenciado, nestas falas, a invisibilidade da APS por parte dos usuários com doença falciforme com a procura de atendimento nos outros níveis de assistência, mesmo não sendo essa a indicação muitas vezes. Uma situação que é preocupante já que a DF é crônica e implicará no acesso a APS e outros níveis de atenção com uma certa frequência. O fato dessas pessoas não utilizarem os serviços de APS pode significar a não coordenação do cuidado na rede e a fragilidade da integralidade da produção do cuidado.

O Ministério da Saúde (BRASIL,2009) desenvolveu uma linha de cuidado para às pessoas com DF, tendo em vista a descentralização da atenção para as unidades mais acessíveis e de menor complexidade, para garantir a integralidade do cuidado, ao considerar que essas diretrizes organizacionais do SUS reforçam umas às outras.

Porém, é inegável as barreiras encontradas pelas pessoas com DF ao acessarem o serviço, levando-os a procurarem atendimento em outros serviços na busca da resolução das suas necessidades de saúde, influenciando na desorganização da rede como um todo, já que as necessidades de saúde não estão compatíveis com o nível de assistência necessário para a condução do processo saúde-doença no desenvolvimento da produção do cuidado.

Concordamos com Cecílio (1997) quando afirma que a atenção básica não tem conseguido se tornar a entrada principal para o sistema de saúde, levando às pessoas, na maioria das vezes, acessarem os serviços pelas vias, consideradas por elas, mais “rápidas” e “fáceis”, o que levam as pessoas procurarem o sistema por onde é possível, buscando o acesso aos cuidados em várias entradas na tentativa de conseguir alguma atenção por conta própria, já que o sistema não garante essa organização.

De acordo com Almeida e outros (2014), a entrada dos usuários nos serviços pode acontecer a partir de três tipos de demanda: uma oculta, que concebe parte do grupo silencioso que não procura a unidade; outra espontânea, aquela com dificuldade de marcação e não consegue acessar ao sistema se não for em casos de emergência; e por fim, aquela que é agendada, ou seja, responsável por desenvolver ações programáticas, em concordância com as exigências do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

Mediante tais tipos de demandas referidas, entendemos que os usuários com doença falciforme do município de Feira de Santana, se enquadram na demanda oculta “silenciosa”, já que traduzem que eles não procuram o serviço de atenção primária, situação que os torna ainda mais vulneráveis.

De acordo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), 80% das pessoas acometidas com DF podem ter suas intercorrências e necessidades atendidas com bons resultados na APS. A estruturação dos serviços para incluir a DF nas suas ações já existentes requer, porém, um trabalho de capacitação dos profissionais que atuam nas UBS e nas ESF para o reconhecimento dos sinais e sintomas da doença, e também para a prestação dos cuidados necessários, conforme preconizado na Portaria MS/GM nº 1.391, de 16 de agosto de 2005 (BRASIL, 2005), e no regulamento do Sistema Único de Saúde, na Portaria MS/ GM nº 2.084, de 9 de setembro de 2009 (BRASIL,2015).

Por conseguinte, entendemos que a APS, tendo referência aqui a ESF, deveria se configurar como porta de entrada ‘preferencial’ desses usuários nos sistemas de saúde. No entanto, a pesquisa de Assis, Villa e Nascimento (2003), há mais uma década, inclusive realizada no município deste estudo, faz referência que o acesso aos serviços de saúde era focalizado, seletivo e tecnologicamente atrasado, o que mostra que a realidade da ESF ainda permanece no modelo de Programa dentro do cenário brasileiro.

A entrevistada 16, além de não referenciar a USF como porta de entrada, cita a falta de médico especialista para o tratamento da DF, medicamentos e

dificuldade financeira. Contudo, reconhece a policlínica e Instituição D como únicas opções para levar seu filho quando tem uma necessidade de saúde.

Aqui mesmo na unidade de saúde daqui é difícil eu levar ele, porque só quando está assim, com febre.... **Porque não tem assim um médico especializado para ele**, eu acho assim, né? Mesmo assim **em termos de medicação dele, tem vezes que eu tenho que comprar**, porque **quando eu chego lá no posto não acho**. Eu estou comprando, porque quando eu não vou lá no CSU aí eu tenho que comprar aqui na farmácia, até fiado, **porque eu não tenho dinheiro para comprar**[...]. Eu procuro levar numa policlínica, porque é o único lugar, né? Que tenho que levar mesmo, ou então no Hospital da Criança (E16U).

Vemos na fala do E16U que a procura ao serviço é restrita a uma situação específica “febre”, ou seja, não existe a procura para outras demandas como vacina, acompanhamento pela equipe multidisciplinar, ações de promoção da saúde que são fundamentais para manutenção da saúde e bem-estar, principalmente das pessoas com DF, uma enfermidade crônica que demanda de uma atenção especial frente as complicações e riscos que estão expostos, tornando-os mais vulneráveis.

Observamos, ao analisar o prontuário, (Doc. 4), (FEIRA DE SANTANA, 2017b) que uma das pessoas com DF da USF (Instituição B), criança com 10 anos de idade, do sexo masculino, com 11 consultas médicas ao longo desse tempo, gerando uma média de uma consulta por ano. Ressaltamos, que em todas as consultas o principal motivo que levou procurar a unidade foi febre e dor, o que converge com a fala do E16U.

Em outro prontuário, (Doc. 4), (FEIRA DE SANTANA, 2017b), observado na mesma USF, foi atendido uma usuária com 19 anos na Instituição B uma única vez, com queixa de dor articular e cefaleia; anotado também no prontuário a dispensação de medicamento Ibuprofeno; outrossim, não há qualquer registro de busca ativa realizada pela unidade de saúde.

Nos prontuários observamos que tais registros eram restritos à queixa e conduta, focada especificamente na “consulta” médica, ou seja, centrado no profissional médico, sem levar em consideração a atuação da equipe multidisciplinar; não havia também registros sobre orientações para prevenção dos agravos, nem para

o autocuidado, imprescindíveis às pessoas com DF na busca de uma melhor qualidade de vida e sobrevida.

Uma realidade que pode evidenciar a invisibilidade que a APS possui à atenção aos usuários com DF, deixando de lado todas as outras dimensões que envolvem as suas necessidades. Portanto, se faz necessário a compreensão da DF para além da dimensão biológica, contribuindo para a constituição de práticas de cuidados que possam contemplar outras dimensões da vida humana na busca de uma produção do cuidado em saúde integral, resolutiva, acolhedora, no fortalecimento do vínculo, humanizada e responsável.

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 (BRASIL, 2017), ou seja, sua atuação não se restringe a situações de emergência como foi referido pelos usuários.

A invisibilidade da doença falciforme permite, segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), que as leis já existentes não acolham tais pessoas, possibilitando que a dor causada pela doença, que faz parte do cotidiano de vida dessas pessoas, se torne mais intensa pelo abandono social.

Dessa forma, quando falta medicação na instituição de saúde pesquisada (B) na fala de E16U, fica explícita que as pessoas ficam sem usar a medicação ou procuram outros meios para adquiri-las, expondo-se aos riscos, talvez pelo desconhecimento ou até o descrédito da APS que é responsável por garantir esses insumos, até porque, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) compete às unidades de APS, como exemplo a USF, disponibilizar os medicamentos para os cuidados das pessoas com DF, conforme encontra-se regulamentado Relação Nacional de Medicamentos, sobre as condutas básicas para tratamento, tais como os de uso contínuo – ácido fólico, penicilina oral ou injetável ou eritromicina em caso de reação alérgica à penicilina e, quando indicados, os analgésicos, anti-inflamatórios e demais antibióticos –, bem como as imunizações básicas e especiais.

Segundo a usuária entrevistada 20, ela procura direto a Policlínica porque não vê resolutividade da APS.

Já vou direto, toda vez para policlínica, não procuro o posto do bairro porque eu acho que não adianta nada, que só faz olhar febre, dá medicamento, aí olha a febre, faz aquele roteiro para já mandar para ir para o hospital (E20U).

O não reconhecimento por parte da E20U sobre o “posto do bairro”, faz com que não procure a sua unidade de referência, localizada próximo a sua residência, porque “não adianta nada”, o que nos leva a refletir sobre a forma como vem sendo realizada a produção do cuidado, levando inclusive ao que chamamos de “encaminhamento”. Situação que influencia na credibilidade dos serviços da atenção primária, além de dificultar a continuidade do cuidado. Consequentemente, poderá ocasionar uma sobrecarga dos serviços de saúde de prevenção secundária e terciária o que tem se tornado como principais portas de entrada para as pessoas com doença falciforme no município.

As dificuldades passadas por essas pessoas ao buscarem atendimento na APS afeta na decisão de procurar novamente o serviço, tornando-as cada vez mais ausentes, distantes e desacreditadas, uma evidência da fragilidade da APS tanto em se constituir como porta de entrada preferencial no sistema, quanto em oferecer uma atenção à saúde resolutiva.

Para PNAB, a APS deve possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e responsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2017). Todavia, na prática, ela não tem sido a porta de entrada preferencial da rede para as pessoas com DF.

Na instituição de APS, pesquisada, não encontramos usuário com doença falciforme na busca do serviço, apenas pessoas com traço falciforme, e nessa oportunidade pudemos realizar orientação genética para as famílias sobre o que é o traço falcêmico e quais implicações e riscos para eles. Naquele momento, observamos o quanto essas pessoas carecem de conhecimento e orientação, pois

muitas delas, por desconhecerem o que vem a ser a doença, sofrem com o fato de ter o traço da doença por imaginar que a qualquer momento podem desenvolver a patologia, como também, a preocupação pela possibilidade de gerar filhos com a doença falciforme.

A combinação de um gene para hemoglobina A com outro gene para hemoglobina S, C ou D, resulta em um genótipo em heterozigose (HbAS, HbAC, HbAD, ...), identificado como “portador do traço”, que é uma situação relativamente comum, mas clinicamente benigna. As pessoas portadoras e os pais de crianças com esse diagnóstico, têm o direito de receber orientação genética, com zelo no aspecto do sigilo e no que diz respeito aos seus direitos reprodutivos essas informações trazem para os familiares a compreensão da origem da doença (BRASIL, 2014b).

Portanto, entendemos que se faz necessário a organização de procedimentos de informação para a população em geral e a orientação genética aos portadores do traço que devem ser executados por equipes multiprofissional e multidisciplinar do SUS presentes na atenção primária (BRASIL, 2014b).

Essa prática de orientação genética para às pessoas e famílias que possuem traço falciforme, não acontece na APS como preconizado pelo Ministério da Saúde. A ausência dessa orientação numa comunidade que tem registrado mais de 100 casos de traço falciforme (FEIRA DE SANTANA, 2017a) evidencia a falta de preparo e conhecimento dos profissionais e gestores frente a esta realidade já que todas essas pessoas têm o direito de receber as informações pertinentes à sua condição genética, com zelo pelo sigilo e pelos seus direitos reprodutivos.

A fala do entrevistado 7 é diferente dos demais entrevistados ao referir que o remédio é a sua primeira escolha e depois a unidade, porém queixou da dificuldade que encontra no atendimento médico.

Eu tomo logo meu remédio, é meu remédio que procuro logo, vou também para o posto, mas aí depois do Médico para cá, tudo mudou, ficou tudo difícil, até uma consulta para fazer o Médico reclamava, ele só passava a receita correndo[...] (E7U).

Nesta fala há claramente algumas dificuldades enfrentadas pelo usuário com DF na APS, dentre elas a falta de acolhimento na relação médico-usuário. Ainda nesta fala, está implícito a influência do modelo biomédico, focalizado na queixa conduta.

Dos nove (9) usuários entrevistados apenas um (1) relatou que procura a unidade de saúde do seu bairro quando possui uma necessidade de saúde, porém informa dificuldade de acesso geográfico.

Consigo atendimento no posto, chego a pé, ou de bicicleta, se tiver alguém de moto dá uma carona e **aí eu chego até lá com dificuldade**. Primeiro passo no posto da unidade ou a UPA (E15U).

Para Travassos e Martins (2004) o acesso geográfico corresponde à localização dos serviços de saúde e pode ser medida pela distância linear entre o serviço de saúde e os domicílios dos usuários, o que talvez venha a dificultar o usuário recorrer à APS. Essa localização geográfica interfere em sua acessibilidade, que, por sua vez, é um pré-requisito fundamental para se garantir o acesso da população à saúde (UNGLERT, 1990).

Na fala da E15U existe uma dificuldade do acesso geográfico por se tratar de uma USF localizado na zona rural e que possui uma extensa área de abrangência, ficando algumas casas muito distante da unidade. De acordo com os últimos dados da Secretaria Municipal de Saúde, esta unidade possui área com aproximadamente 1683 famílias cadastradas; 7000 habitantes e é responsável pelo atendimento de 16 povoados, (Doc. 5), (FEIRA DE SANTANA, 2017a).

Segundo a PNAB (BRASIL, 2017) cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

Para a gestora, E21, o acesso geográfico e funcional está relacionado com a dinâmica do funcionamento da unidade de saúde.

Quando nós vamos implantar a Estratégia de Saúde da Família em algum bairro, em alguma área, por exemplo que a gente pega um bairro grande que tem 20 mil habitantes, então nós sabemos o que? **Que cada equipe de saúde da família, ela deve trabalhar com no máximo 4 mil habitantes**, nem deve começar com quatro, deve começar com no máximo três, mas ela pode atender até no máximo quatro. Então esse é o **acesso geográfico, que a população tem que estar o mais próximo possível da sua unidade básica de saúde. O acesso funcional, que é como funciona essa equipe** e aí a gente, a equipe funciona de 08:00h às 16:30h, com intervalo de almoço de 01:00hora, entretanto a unidade não fecha, eles se revezam (E21G).

Esta fala deixa claro que ter a unidade de saúde o mais próximo da sua residência e ser responsável por atender, no máximo, 4000 mil habitantes são estratégias de acesso geográfico, já que o mesmo pode dificultar as famílias de chegarem até os serviços de saúde; outro tipo de acesso mencionado é o funcional, representado pelo horário de funcionamento da unidade de saúde (BRASIL, 2017).

Observamos na prática que essa unidade saúde (instituição B) possui uma grande área de extensão geográfica e que os usuários apresentam inúmeras dificuldades para acessar o serviço. O grande número populacional adscrito na unidade também dificulta o acesso às consultas e aos demais serviços, uma vez que nem sempre os usuários encontram vagas para o atendimento.

A entrevistada 21 ainda complementa a forma do acesso das pessoas com DF na APS.

[..] o portador de Anemia Falciforme, **ele perpassa pela Atenção Primária, ele primeiro é avaliado nas Unidades Básicas de Saúde**, onde os profissionais têm que estar capacitados para tal, e ele é avaliado, solicitados exames e **a partir de então ele é encaminhando para o Centro de Referência de Anemia Falciforme** (E21G).

De acordo com esta fala os usuários com DF buscam APS quando possuem alguma necessidade e a partir daí é encaminhado para Centro de Referência. Observamos na prática, na fala dos usuários e dos profissionais de saúde que esse fluxo não acontece dessa maneira. Os usuários com DF procuram diretamente outros níveis de atenção, não referenciam as unidades de APS como primeira escolha.

Tomando como base a legislação que regulamenta o funcionamento da APS nacional, identificamos algumas irregularidades na USF, um dos cenários deste estudo, já que a mesma extrapola em grande diferença os valores estabelecidos na política referente a quantidade famílias cadastradas e habitantes. Essa sobrecarga de trabalho poderá implicar em sérias deficiências na prestação do serviço, tais como: superlotação, filas de espera, rotatividade profissional, demanda reprimida e insatisfação do usuário, todos eles aspectos que podem levar a dificuldade de acesso à população, e ao próprio cuidado.

[...] em relação a questão da quantidade de pessoas que **a gente atende, que é uma quantidade muito grande** para a dimensão da comunidade, para o atendimento da unidade, já deveria ter outra unidade funcionando, então **a gente tem uma sobrecarga de atendimento, que às vezes deixa a desejar essa atenção especial ao paciente com doença falciforme (E6PS).**

No momento tem dificuldade de acesso. O Distrito todo [...] que comporta 19 comunidades, não é só a cede , que tem outras comunidades que comportam o Distrito e **eles são desassistidos pela distância da unidade**, da comunidade para a central e aí fica assim, o percurso é muito distante e aí as pessoas se distanciam [...] é muita família cadastrada, para um só profissional, um só médico, uma só enfermeira atender [...]por isso que está essa dificuldade, **o profissional vai e se cansa, aí pede para ir embora, excelentes profissionais que perdemos, foram embora**[...] (E17PS).

Assim, fica evidenciado pelas falas dos profissionais E6PS e E17PS, que existe dificuldade de acesso geográfico e funcional pelas pessoas com DF a essa USF, o que leva a desassistência delas por parte do serviço, tanto por elas não procurarem a unidade, quanto por não terem acesso devido dificuldades geográficas ou de encontrar vaga para atendimento.

Embora a implementação do SUS, tenha avançado nos últimos anos, principalmente no que diz respeito às redes de atenção onde a APS assume um lugar fundamental, ainda existem desafios a serem superados como as dificuldades de acesso da população com DF aos serviços básicos de saúde.

Outro aspecto observado na fala é a sobrecarga do profissional, que, conseqüentemente, leva a rotatividade dos mesmos, prejudicando a longitudinalidade do cuidado e vínculos estabelecidos na comunidade o que leva à fragilidade da produção do cuidado em saúde.

Em concordância com as falas dos usuários, os profissionais de saúde 5 e 14 afirmam que as pessoas com DF procuram muito pouco a unidade e tem como a porta de entrada o Centro de Referência.

[...] pouco vejo ele aqui no posto, porque ele se recupera no CSU, **qualquer coisa ela vai para o CSU,** ela pouco vem aqui, a não ser tomar a vacina, até vacina mesmo tem vezes que dá nele no CSU [...] ela pouco vem aqui com ele (E5PS).

É difícil até de falar, porque é que muitas vezes eles também não vêm procurar o posto. Também acontece isso, não procura (E14PS).

Fica evidenciado tanto nas falas dos usuários quanto nas falas dos profissionais que as pessoas com DF não utilizam o serviço de APS como sua primeira escolha para atender suas demandas de saúde; a procura é mínima ou inexistente, eles buscam o centro de referência, policlínicas ou hospitais em detrimento da APS.

Essa lógica diverge das diretrizes básicas da linha de cuidado às pessoas com DF (BRASIL, 2015) uma vez que referencia à APS como contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, sendo orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo, da longitudinalidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, e tem a ESF como centro ordenador desses serviços em todos os níveis de atenção.

Diante da 'invisibilidade' da APS para às pessoas com DF e da prática dos profissionais de saúde, Gomes e outros (2014) reforçam que tal realidade ao acesso das pessoas com doença falciforme à atenção primária é reduzido pelo fato de procurarem diretamente a atenção secundária, representada, na maioria das vezes, pelo hemocentro.

Ainda para os autores, essa procura da atenção secundária é histórica pelo fato de o tratamento da doença falciforme ser percebido como complexo e de competência exclusiva dos hemocentros. Assim, os profissionais dos demais níveis de assistência desconheciam ou ignoravam as pessoas com a doença, fazendo com

que o paciente reconhecesse somente os centros hematológicos como locais com capacidade para cuidar da sua saúde.

A ausência da DF na atenção básica, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL,2015), deve-se à invisibilidade que a enfermidade teve ao longo dos anos no sistema de saúde. Isso, embora tenha melhorado, ainda persiste em certo grau e exige mudança. As pessoas que conseguem ser diagnosticadas devem ser encaminhadas aos centros de atenção hematológica como também deverão ser acompanhadas continuamente por toda vida por um hematologista, sendo incluídas nos Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças.

Em divergência dos dados empíricos nesta pesquisa, as falas dos gestores sobre as políticas da APS reforçam a atenção básica como porta de entrada do usuário ao sistema de saúde.

Nós temos várias políticas de atenção primária. Desde esta que estamos inseridas, que é a **Atenção Básica, ela é classificada como a porta de entrada para o sistema** e o objetivo dessa Atenção Primária é justamente a prevenção de alguns agravos e complicações[...] (E9G).

A Política de Atenção Primária, a qual a gente segue aqui é aquela que é preconizada pelo Ministério da Saúde, **a política Nacional da Atenção Básica, através da portaria 24/88**[...] (E21G).

Nestas falas a concepção de APS referida pelos gestores a evidenciou como porta de entrada que tem como característica a produção de cuidados básicos. Entretanto, a APS para Assis (2015), além de ser porta de entrada e oferecer cuidados básicos, a APS deve garantir o acesso dos usuários aos outros níveis de atenção, adequadamente integrados, de forma a permitir à coordenação dos cuidados a resolução das necessidades de saúde da população.

Desta forma, o acesso dos usuários ao sistema de saúde não deve ser entendido apenas como a busca desse serviço em algum momento pontual de necessidade, limitado a situações emergenciais, mas sim como a construção, pela sua participação cidadã, e a conformação de suas práticas, além de requerer a sua presença também na gestão e controle social. Outrossim, é necessário que tenhamos a compreensão da APS não apenas como sua porta de entrada “principal” no sistema de saúde, mas também como filtro do fluxo desse usuário para o sistema, inclusive

tendo no profissional da APS a figura do coordenador dos cuidados, conduzindo o usuário pela rede assistencial na busca da produção do cuidado em saúde.

Para além do acesso aos serviços de saúde, a produção do cuidado em saúde abrange a forma como é acolhido, a resolubilidade dos sistemas, os vínculos constituídos entre as equipes, usuários e famílias e a responsabilização dos gestores, da equipe e da população. Nesta perspectiva, relacionando o conceito de acolhimento para prática em saúde, entendemos que é uma ferramenta que pode facilitar o acesso aos serviços de saúde e uma proposta de organização dos serviços e de transformação dos processos de trabalho.

Para Assis (2015) o acesso está relacionado ao acolhimento, sendo, portanto, necessário considerar que os serviços de saúde, para serem utilizados em sua plenitude, exigem que aconteça a confiança dos usuários em relação à equipe, sem perder de vista a competência e a responsabilização daqueles que produzem o cuidado.

Porém, o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes (BRASIL, 2017).

De acordo Franco, Bueno e Merhy (1999) a diretriz do acolhimento foi introduzida nos serviços do Sistema Único de Saúde, na década de 1990, buscando, além de ampliar o acesso, possibilitar mudanças no desenvolvimento do trabalho em saúde, a transformação das relações entre trabalhadores, gestores e usuários para a promoção de vínculos, corresponsabilização e resolubilidade.

Por sua vez, faz parte do processo de trabalho da atenção primária (BRASIL, 2012), realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências.

Quanto ao acolhimento na USF, as usuárias E15 e E16 responderam que são bem recebidos, quando procuram a unidade.

Graças à Deus, **bem recebida**, as vezes que precisei. **Até aqui não tenho o que falar** (E15U).

Quando vou, **sou bem recebida, bem acolhida com ele**. Assim, as meninas mesmo que trabalham na recepção, procuram falar com a médica, e a médica me atende logo, atende ele logo (E16U).

Analisando as duas falas, aparentemente vemos que não existe uma procura frequente dessas pessoas ao serviço quando elas dizem “bem recebida, às vezes que precisei” e “quando eu vou, sou bem recebida”, o que talvez venha a caracterizar uma fragilidade nas relações entre o usuário com DF e a USF, ou seja, eles só procuram a instituição de saúde quanto tem algum problema de saúde relativo à DF.

Outro aspecto percebido nessas falas é sobre o sentido de acolhimento apenas na maneira como é recebido. O entendimento de acolhimento vai além da recepção, envolve também a escuta, que para Assis, Nascimento e outros (2010) permeia a identificação dos problemas, enfrentamento, ampliação das capacidades da equipe em responder as demandas dos usuários.

Entretanto, na fala da E16U é visível que existe prioridade no atendimento, explicitado no trecho da fala “atende ele logo” [a médica]. Um aspecto relevante no atendimento, porque a demora da consulta pode trazer complicações no estado de saúde ou desconforto. A fala do E6PS deixa clara também a prioridade no atendimento às pessoas com DF, destacada a seguir.

Nós tentamos dar uma prioridade ao atendimento, visto que ele é um paciente que necessita, ele tem essa condição específica, e que assim, **é um paciente que ele não pode esperar, aguardar muito sentado**, então a gente tenta dar uma prioridade ao atendimento, **e resolver as necessidades dele** (E6PS).

Portanto, na prática do acolhimento, para além de prioridade, é necessário exercitar uma escuta qualificada, e que o diálogo flua mediante linguagem respeitosa, adotando palavras acessíveis a esse público, na busca de identificação de problemas

e resolução dos mesmos. Sobretudo, precisa ficar claro que tal atendimento não constitui um favor, mas um direito legítimo dessas pessoas.

Em relação ao reconhecimento do profissional de saúde sobre os usuários com doença falciforme, a E14PS refere que muitas vezes não os identificam na recepção, como também há uma pouca procura por parte deles, nessa instituição de saúde.

Assim, como eu te falei, muitas das vezes elas chegam aqui... passam na recepção, passam pela gente e muitas vezes **a gente nem sabe que tem a doença falciforme, como eu te falei, aqui tem muitos, mas eu com cinco anos aqui, conheço bem poucos** (E14PS).

Quando a profissional relata que muitas vezes desconhece que aquele usuário possui DF contrapõe-se à PNAB (BRASIL, 2017), uma vez que descreve as características do trabalho nesses serviços que envolvem a definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes, na identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.

Neste estudo, tal realidade evidencia que os profissionais da APS desconhecem as características epidemiológicas da sua população adscrita o que leva à dificuldade de desenvolvimento da atenção integral, planejamento das ações baseado nas necessidades de saúde do território que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Frente a tal direção, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a partir da linha de cuidado em doença falciforme, destacou que a identificação dos grupos populacionais e das pessoas com DF foi o primeiro passo para a organização de uma rede de saúde com mais equidade, capacitada a dar respostas às necessidades de pessoas com essa enfermidade, que por razões históricas, em sua grande maioria, estão nas camadas menos favorecidas e dependentes dos sistemas públicos. Cabe ressaltar que as equipes de saúde da família e saúde bucal devem manter ativos os cadastros das pessoas e famílias, afim de identificá-los quando chegarem na unidade ou quando necessitar fazer busca ativa.

A prática do acolhimento na APS é fundamental para estabelecimento de relações entre usuário, equipe e comunidade corresponsáveis na busca de resolver os problemas daquela população. Contudo, existem alguns aspectos que podem interferir nessa prática no cotidiano da atenção primária, explicitado na fala da profissional 17:

Na medida do possível, a recepcionista **faz o que pode**; a enfermeira **faz o que pode** e o médico **faz o que pode**. Mas eles são acolhidos, sim. Assim, quando eles procuram a unidade, marcam consulta, conseguem marcar, **quando eles não conseguem eles entram em contato com a agente comunitária de saúde**. Graças à Deus temos uma boa equipe de agente comunitário[...]. Eles entram em ação e conseguem, e aí são atendidos, **existe uma sobrecarga para o profissional que atende aqui por isso essa dificuldade** (E17PS).

A E17PS em um trecho da sua fala “faz o que pode” sobre o acolhimento dispensado às pessoas com DF, evidencia que poderia ser melhor e que isso se deve ao fato da sobrecarga profissional. Complementa ainda a participação efetiva da sua prática, ao dar resolubilidade à marcação da consulta desses usuários.

Para Beck e Minuzzi (2008) são vários determinantes que podem interferir na prática do acolhimento, tais como, a inadequação da área física, a maior sobrecarga de trabalho, o pouco apoio institucional às experiências novas e a redução/inadequação das atividades de prevenção. Dentre outras dificuldades relevantes estão demanda excessiva de usuários; falta de médicos nas instituições de saúde; dificuldade de acesso dos usuários às consultas especializadas e odontológicas; demanda reprimida de usuários e a falta de medicamentos e materiais.

Entretanto, segundo Solla (2005), para que ocorra o acolhimento nos serviços de saúde, é necessário que haja um atendimento com uma escuta dos problemas de saúde do usuário de forma qualificada e uma produção de vínculos entre o serviço e a população e com a responsabilização por parte do trabalhador, com o objetivo de garantir a resolubilidade às necessidades de saúde do usuário individual e coletiva.

De acordo as diretrizes básicas da linha de cuidado (BRASIL, 2015) se constitui como responsabilidade da atenção primária em relação às pessoas com DF,

realizar busca ativa, acolhimento, diagnóstico e acompanhamento, em concordância com os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e/ou adequada pelo nível local.

Na Instituição de saúde A os usuários avaliam que é um lugar que os acolhe da melhor maneira possível.

Sou recebido com carinho, amor, felicidade e alegria. Estou me sentindo alegre (E7U).

Somos bem acolhidos, está sendo louvável participar desse programa. A [instituição] nos ajuda muito, **acolhimento maravilhoso** [...] peço a Deus para continuar usando os homens públicos para dar sequência, **me sinto acolhido e satisfeito** (E8U).

Complementando tais falas, o entrevistado 10U, além de citar o bom acolhimento, enfatizou a importância desta Instituição A e reforçou como diferenciada em todos serviços oferecidos em Feira de Santana direcionado aos usuários com DF.

Aqui é ótimo [instituição A]. Aqui é diferenciado de tudo que já houve aqui em Feira de Santana, nenhum, nunca houve e quando passou a surgir [...] melhorou bastante, quase que 100%. E eu sempre sou muito bem recebida aqui, acho que **a gente tem uma atenção especial**, aqui tem, pela equipe, **a equipe toda ela é atenção especial** (E10U).

Nestas falas ficam evidente a satisfação dos usuários E7, E8 e E10 com acolhimento da Instituição A, isso se deve a postura acolhedora dos profissionais e ao fato deles terem ficado muitos anos sem atendimento especializado no município disponível as suas necessidades de saúde.

Tivemos a oportunidade, durante a observação, de perceber o contentamento dos usuários com acolhimento dispensado nessa Instituição A, pois é um serviço diferenciado para às pessoas com DF, e seus profissionais de saúde dominam com segurança as peculiaridades da doença e conseguem identificar as necessidades de saúde que eles apresentam numa perspectiva ampliada que vai além da patologia.

O acolhimento, modifica o processo de trabalho na medida que ele permite estabelecer relações de confiança entre usuário e equipe de saúde. Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999) o acolhimento opera processos tecnológicos leves que visam

a produção de relações de escutas e responsabilizações, que se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção, que objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de “algo” que possa representar a “conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde.

Além disso, Santos e outros (2007) discutem que ao promover a escuta de todas as pessoas na entrada dos serviços de saúde, o acolhimento pode contribuir para amenizar sofrimentos e, de certa forma, controlar ansiedades, ainda que esta ação não se reverta em atendimento clínico propriamente dito.

Em contrapartida, a entrevistada 23 relatou uma experiência “insuportável” em relação ao acolhimento em uma das instituições pesquisadas, que se caracteriza como referência para atendimento de adultos com DF, também cenário deste estudo.

[...] estava morrendo de dor, tive que esperar por uma hora. Para mim foi insuportável, porque cada minuto que passava começava a doer mais, eu já não aguentava nem ficar sentada, começava a chorar de um lado para o outro, teve um minuto que eu parei assim na parede e fiquei como uma estátua porque tinha que botar a coluna reta, eu já não aguentava nem andar. E ainda passei uma noite em uma cadeira, estava super desconfortável (E23U).

Esta fala traduz uma certa “aflição” de sofrimento, o descaso que foi recebida nesse serviço de saúde. Ela poderia ter sido melhor acomodada enquanto aguardava atendimento, bem como, ter sido priorizada já que estava sentindo dores intensas característica da doença falciforme.

Para Cordeiro (2013a) na DF a dor, em suas manifestações diversas, é o sintoma mais frequente associado e a principal responsável pelas admissões hospitalares, além de promover grandes impactos na vida dessas pessoas, se tornando-se o principal foco de atenção na DF.

Seria essencial, portanto, a capacitação dos serviços locais ou regionais de emergência para assistência principalmente nas crises álgicas. As crises emergenciais da DF podem ser acolhidas pelos profissionais das emergências, desde

que tenham conhecimento da doença, pois esta dispensa procedimentos diferenciados que necessitem de estruturas específicas (BRASIL, 2009).

Muitos profissionais de saúde desconhecem o mecanismo da dor da doença falciforme. Para Taylor (2011), a intensidade e a complexidade da dor na doença falciforme são subestimadas e pouco entendida, seus episódios dolorosos são ditos como complexos, mais intensos do que dor pós-operatória ou dor secundária ao câncer terminal, a intensidade da dor e sua frequência estão associadas a menor sobrevida desses pacientes.

A dor traz sério impacto na qualidade de vida da pessoa com doença falciforme e seus familiares. Destarte, compreendemos que os serviços de saúde devem estar preparados para manejar adequadamente os episódios dolorosos, com acolhimento e prioridade no atendimento, além de usar protocolos específicos para esse tipo de dor que tem características diferenciadas das dores causadas por outras enfermidades.

De forma impessoal, lembrando o tecnicismo, as normas e a rotina da Instituição C, a E19PS deixa claramente delimitado o seu “papel” focado nesse modelo de saúde funcionalista.

O meu papel, quando eu recebo um paciente de Anemia Falciforme é manter o tratamento, orientar em relação a unidade, às rotinas, o que a gente oferece e o que a gente não oferece, **basicamente é isso** (E19PS).

Todavia, apesar de tais “funções” referidas, é preciso que estejamos atentas que acolher as pessoas nos serviços de saúde vai além de orientações de rotinas, protocolos e procedimentos; é uma ação do cuidado em saúde capaz de potencializar os processos terapêuticos, na medida em que estabelece relação de afeto da equipe com usuário e valorização dos mesmos perante a sua necessidade de saúde.

Outrossim, o Mistério da Saúde (BRASIL,2015) ratifica que o acolhimento das pessoas com DF é imprescindível em todos os níveis de atenção, porém é

indispensável a referência desse usuário à atenção básica, a fim de que coordene o cuidado necessário.

Dessa forma, o acolhimento na atenção primária deve ser ferramenta para organização e funcionamento do serviço de saúde, de modo a assumir sua missão inicial, qual seja acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. Salientamos a necessidade de qualificar profissionais de saúde da rede de atenção primária na busca da ampliação do acolhimento e humanização dos serviços de saúde.

De acordo com Cordeiro (2013b), acolhimento, vínculo e escuta atuam como organizadores das ações de saúde e poderão possibilitar novos horizontes de cuidado, traduzindo o cuidar em uma dinâmica de troca e interação, alicerçada na confiança, respeito, ética e na experiência compartilhada de vida.

Logo, o acolhimento funciona como uma das bases para a humanização da assistência nas instituições, a fim de possibilitar resolutividade, vínculo e responsabilização entre trabalhadores de saúde e usuários, contribuindo na democratização e na melhoria da qualidade da assistência prestada e se constitui em instrumento potente para a reorganização da atenção à saúde (BECK; MINUZI, 2008).

A formação de vínculo entre usuário e equipe é de extrema relevância na produção do cuidado em saúde na medida que ele possibilita estabelecer relações de confiança entre equipe, usuário e população. Segundo Merhy (2014) o vínculo pode ser identificado no encontro do trabalhador com o usuário durante o trabalho vivo em ato, sendo considerado como o trabalho em ação, que está em processo de construção. Durante o trabalho vivo em ato, o trabalhador pode ser criativo e autônomo quanto aos instrumentos à sua disposição, dentro de um objetivo que se pretende atingir.

A relação dos usuários com APS, é aqui destacada na fala do entrevistado 15 em uma relação de confiança.

Bem, **boa relação**. Quando eu preciso eu vou lá, sou atendida. **Eu confio neles** (E15U).

Nesta fala, uma “boa relação” do usuário com a equipe traduz o vínculo entre esse usuário e o serviço de saúde. O estabelecimento de vínculo vai além da marcação de uma consulta, que é direito legitimado das pessoas, é uma possibilidade concreta de se construir uma nova prática que busque a melhoria da qualidade da atenção da saúde.

Sendo assim, podemos afirmar que a existência de vínculo expande o acesso dos profissionais a informações relevantes para o tratamento e assim qualifica a atenção prestada.

Segundo Camelo e outros (2000), para que se possa assegurar a qualidade do cuidado prestado é necessário que se tenha as noções de vínculo e, conseqüentemente, da responsabilização da equipe pelo cuidado integral à saúde coletiva e individual.

Nas práticas e cotidiano da APS, para Campos (1997) é imprescindível que os usuários tenham facilidade de acesso aos profissionais de saúde, e no decorrer do tempo, apresentem estreitamento do vínculo com a equipe na busca de potencializar a ação terapêutica, quando identificada alguma condição mórbida. Além disso, essa relação é fundamental para uma almejada construção coletiva de cidadania e autonomia da pessoa.

Entretanto, divergindo do E15U, o E7U refere que não confia no cuidado ofertado em uma das instituições estudadas.

Confio na [instituição A] melhor do que lá no **posto**. **Lá no posto eu não confiava de jeito nenhum**[...] eu não podia tomar o Sulfato Ferroso, o médico chegava passava o Sulfato Ferroso. O meu remédio certo é o Ácido Fólico [...] (E7U).

A fala do usuário E7U expressa uma falta de confiança com a USF do seu território devido o “equivoco” de prescrição de medicamentos para tratamento da DF. Nessa direção, outro ponto a ser discutido, a respeito da doença falciforme enquanto

um problema de saúde pública, é o desconhecimento do profissional de saúde da atenção primária a respeito da doença, interferindo no vínculo e na confiança entre usuário e equipe de saúde.

De acordo Gomes (2011) estudos vêm demonstrando grande despreparo do profissional da atenção básica quanto ao curso da doença, ao tratamento correto e as estratégias de prevenção. Ressalta também que o conhecimento dos profissionais de saúde sobre tal patologia encontra-se abaixo da média, e que reflete na qualidade do atendimento, evidenciando a necessidade de capacitar profissionais da APS para atender às pessoas com doença falciforme.

A respeito do erro de prescrição referido pelo usuário, para Gomes e outros (2014) existe uma barreira que faz com que a pessoa com doença falciforme não procure o serviço de saúde da atenção primária, explicada pelo fato dos profissionais da atenção primária não estarem “preparados” no que diz respeito ao conhecimento, habilidades e atitudes para atendê-los.

Essa falta de conhecimento pode levar a sérios erros no cuidado às pessoas com DF, tendo em vista as diversas peculiaridades que envolve a patologia. Assim, sinalizamos a necessidade de capacitação dos profissionais da APS na busca de uma assistência segura e responsável, já que os erros podem levar a complicação do estado de saúde, ou até mesmo a morte dessas pessoas.

A rotatividade profissional na APS também é um limite para o fortalecimento de vínculo entre a equipe e os usuários, identificada na fala E16U.

Quando descobri logo o problema dele, **a enfermeira que estava aí [instituição B], me chamava para conversar, para explicar tudo direitinho, mas agora que mudou [...]** por esses tempos não estou indo [...] não. **Eu só vou quando ele está sentindo alguma coisa**, se não, não vou não. Só pegar remédio quando tem, né? (E16U).

A mudança constante dos membros da equipe da APS dificulta a formação de relações mais próximas entre a população e o serviço, sobre isso, Starfield (2002) defende o vínculo como uma relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e os usuários pois, acredita que pode influenciar, com o passar do tempo, o

estritamento de laços criados, e assim possam facilitar a continuidade do tratamento e, conseqüentemente, prevenir consultas e internações desnecessárias.

Na atenção primária, o ideal é que o usuário seja acompanhado por uma mesma equipe de saúde, ao longo do tempo, fazendo com que a construção de uma resposta à demanda de atendimento seja embasada em mais informações do que aquelas que se apresentam no momento específico da consulta, e a partir dessas informações seja formulado a oferta de cuidados, e que poderá fortalecer o vínculo entre serviço-usuário-profissionais de saúde.

No entanto, um dos grandes motivos que leva a rotatividade dos profissionais que prestam serviço ao SUS no município de Feira de Santana é a precarização das formas de trabalho desses profissionais. Uma realidade apresentada nos dados do Relatório de Gestão (Doc. 3) do período de janeiro a dezembro de 2016 (FEIRA DE SANTANA, 2016b) referente ao vínculo dos profissionais de saúde, sendo cinco deles comissionados, 84 celetista, 2.686 contratos por prazo determinado, 105 empregos público, 2.091 estatutários e 504 sem tipo de especificação.

Observamos assim, diante de tais dados, que o maior quantitativo dos profissionais que atuam no SUS possuem algum tipo de vínculo empregatício em torno de 5.475 vínculos, sendo que a maior parte estão qualificados como contrato por tempo determinado, ou seja, sem a garantia que permanecerão em seus postos de trabalho o que pode gerar grande rotatividade devido questões outras nos contratos trabalhistas.

Percebemos na prática que a rotatividade profissional, principalmente da APS, é muito frequente, já que se tornou um campo de competitividade política pelas inúmeras possibilidades de vagas de emprego que oferece. Contudo, as mudanças dos profissionais desfavorecem a produção do cuidado pois enfraquece as possibilidades de oferta de vínculo e a longitudinalidade do cuidado¹⁰.

¹⁰ **A longitudinalidade do cuidado** pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente (BRASIL, 2017).

Dessa maneira, tal lógica vai de encontro a PNAB (BRASIL, 2017) que prevê 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.

Os aspectos trazidos aqui na PNAB podem possibilitar a permanência dos profissionais da atenção primária em suas unidades de saúde, diante da possibilidade da formação de vínculo com a comunidade e a longitudinalidade da produção do cuidado para com o usuário.

Portanto, acreditamos na importância do vínculo como prática de saúde para a melhoria da qualidade da atenção primária e para a promoção da produção do cuidado em saúde, tendo em vista que acreditamos que o vínculo fortalece a adesão do usuário as instituições de saúde.

Segundo Merhy (2014) existe uma necessidade de se reconhecer as tecnologias leves (relacionais) na estruturação do trabalho em saúde, em especial no contexto da atenção primária, tendo a formação de vínculo como uma delas.

Para os profissionais de saúde 5 e 17 da Instituição B, a formação do vínculo com às pessoas com DF acontece a partir da aproximação e convívio que eles têm com as famílias.

Eles têm confiança, **nós conhecemos toda sua família**, vamos sempre ajudando porque a dificuldade é imensa (E5PS).

Porque a maioria das vezes são colegas da gente, outros são parentes, outros cresceram junto com a gente, frequentamos igreja junto, estudou junto, **a gente cria aquele vínculo**, né? (E17PS).

Além de morar próximo, ou conhecer as famílias das pessoas com DF é necessário estabelecer relação de confiança e corresponsabilização entre profissionais de saúde e usuário na busca da efetivação da produção do cuidado em

saúde. Porém, a necessidade de saber mais da história, de conhecer o contexto de vida daquela pessoa para que se ofereça uma resposta adequada à sua demanda no momento, reforça a importância do acompanhamento longitudinal para formulação de vínculo, até porque de acordo como a PNAB (BRASIL, 2017), o vínculo, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico.

Entretanto, Assis (2015) defende que para estabelecimento de vínculo é preciso muito mais do que apenas conhecer às pessoas ou morar próximo a unidade sob responsabilidade da equipe; é fundamental criar condições de envolvimento e compromisso dos gestores, trabalhadores e usuários, na busca da organização das práticas do cuidado e, por conseguinte, do sistema de saúde.

Porém, neste estudo trazemos algumas falas dos profissionais de saúde numa perspectiva reducionista do significado de vínculo, ao destacarem a necessidade de realizar a busca de pessoas com DF e que acontece através do ACS.

É justamente os que procuram a unidade, a gente sabe que eles têm a doença, a gente tem já registrado no prontuário e tudo, mas assim, existe **essa necessidade realmente da gente buscar o paciente** que as vezes ele tem os sintomas, mas as vezes ele nem sabem que tem aquela doença[...] (E6PS).

O vínculo é através dos ACS, os ACS que conhecem muito eles, sabem mais a história deles do que a gente. Através dos ACS (E14PS).

As duas falas evidenciam a fragilidade de formação de vínculo, com certa neutralidade e apenas o envolvimento por parte de uma categoria profissional da equipe da Instituição B, justificada pela pouca procura do serviço pelas pessoas com DF e por responsabilizar os ACS pela construção de vínculo, como se apenas eles conhecessem as famílias e suas especificidades.

A dimensão do vínculo pode ser considerada como uma das características dos modos de trabalho na APS, contudo entra em contradição com a prática de neutralidade e de não envolvimento por parte dos profissionais de saúde

evidenciado nestas falas. Porém, compreendemos que é necessário que a produção de vínculo seja de toda a equipe para que de fato aconteça um trabalho com resultados satisfatórios e transformador da realidade.

A linha de cuidado em DF trazida pelo Ministério da Saúde (BRASIL,2009) prevê que o vínculo bem estabelecido entre o usuário e a equipe de saúde promove uma abordagem mais integral do cuidado em saúde e tem repercutido na redução da morbimortalidade e no aumento da expectativa de vida para às pessoas com DF. Assim, podemos considerar o vínculo como uma das estratégias de produção do cuidado em saúde na busca da qualidade de vida e longevidade para as pessoas com DF.

Segundo Assis (2015) o vínculo, enquanto dispositivo orientador de cuidados integrais, poderia ser usado para tentar orientar as relações sociais no interior das equipes, por meio do envolvimento entre os trabalhadores e as pessoas de determinados territórios sociais. Dessa forma, a proximidades da equipe com os usuários da APS poderão favorecer a vinculação entre eles e possibilitar a continuidade e coordenação de cuidado, com integralidade da atenção, responsabilização e humanização.

Portanto, existe uma necessidade de que os profissionais de saúde da atenção primária executem uma atenção de forma mais implicada e pautada no compromisso da formação de vínculo que compreende as dimensões da produção do cuidado em saúde, a fim de que os diversos afetos que se apresentam a partir da vinculação profissional-usuário possam ser trabalhados e organizados de forma que eles sirvam como uma ferramenta que potencializem o trabalho em saúde.

Em contrapartida, as falas dos usuários E7, E8 e E10 na instituição A sobre o vínculo são convergentes.

Uma relação no coração, de coração, amando, amável, aqui as pessoas tratam bem. **Confio** [...]tenho certeza, que esse tratamento, **foi o melhor tratamento que eu consegui na minha vida** aqui dentro, e tenho que ir a frente até o fim, enquanto estiver em tratamento, tenho que vim para o tratamento (E7U).

De irmão e amigos, uma relação assim, parece que é pai, mãe e filho, neto e bisneto, todo mundo junto, entendeu? Eu gosto muito disso. Pelo aconchego, o lugar que dá palavras de incentivo, de conforto, puxa a orelha quando tem que puxar, mas orienta, explica chama a atenção, “tem que ser assim” (E8U).

Relação de amizade, já virou relação de amizade porque a gente está aqui todos os dias, ou melhor, toda semana (E10U).

A formação de uma forte relação de vínculo, confiança e acolhimento ficou explícita nas falas dos usuários da Instituição A. Percebemos a importância dessa instituição de saúde na vida dos usuários ao avaliarem o serviço ofertado, o que impacta positivamente no processo saúde-doença das pessoas com a doença falciforme.

Tal experiência precisa ser valorizada, mesmo entendendo que se trata de um serviço especializado em que toda equipe tem uma formação permanente para atender as pessoas com DF, diante da capacidade técnica, mas entendem que não é necessário apenas capacidade técnica para formação de vínculos, é imprescindível a busca por uma relação afetuosa, respeitosa, continua e corresponsável.

Por parte do usuário, a criação de vínculo será favorecida quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir de algum modo para a sua saúde e sentir que essa equipe se corresponsabiliza pelos cuidados, ou seja, se sentem de fato preocupados com a situação de saúde dos mesmos (BRASIL, 2004).

Os Manuais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009; 2015) que orientam sobre os cuidados às pessoas com DF, enfatizam a importância do acompanhamento dessas pessoas pelos Centros de Referência mais próximos do seu município, além de reforçar a importância do acolhimento e vínculo que devem ser estabelecidos com os usuários, já que o acompanhamento regular tanto da APS quanto dos outros níveis de atenção são impactantes na qualidade de vida e na prevenção de sequelas, que podem tornar as pessoas com DF portadoras de necessidades especiais.

Nessa perspectiva, Tesser (2006) afirma que o fim de uma consulta pode não ser apenas uma receita, um pedido de exame ou encaminhamento, mas o início de uma nova condição de diálogo, centrado na situação do doente e seu sofrimento,

suas necessidades psicossocioexistenciais e, principalmente, seus desafios terapêuticos e possibilidades outras de interpretação. É em tal investigação e intervenção que usuário e profissional de saúde, podem viabilizar melhora do seu estado de saúde e sua autonomização, ambos permitido a partir da vinculação e relação estabelecida entre esses sujeitos.

Sobre a formação de vínculo, as falas dos profissionais de saúde E2, E3 e E4 da Instituição A convergiram em unanimidade com as falas dos usuários, destacadas a seguir.

[...] **o vínculo que temos com ele acho que vai um pouco além.** Tanto que hoje eu vejo que **eles confiam tanto na equipe** que o que eles sentem, o que falam para eles, eles vêm tirar dúvida com a gente, eles não recebem nenhuma informação externa que eles não venham tirar dúvida com a gente, “ai eu queria ouvir de vocês”, e **eles têm essa confiança** (E2PS).

[...] **é um vínculo afetivo, carinhoso, respeitoso**, a gente tenta entender aquela condição de saúde, aquele problema familiar, a gente tenta compreender melhor quais os fatores que podem influenciar também no processo de tratamento da fisioterapia em si (E3PS).

Então tem que ter um vínculo, de certa **forma tem que ter uma amizade**, e você ali na sala **você é um todo, psicóloga, você é médica, você é amiga, você é tudo** (E4PS).

Percebemos nas falas dos profissionais que eles conseguem estabelecer uma relação de confiança, carinho e de respeito com os usuários desse serviço, explicitando laços comprovando laços afetivos com os mesmos, em convergência com as falas dos usuários já mencionadas anteriormente.

Percebemos nos cenários estudados a satisfação que os usuários possuem com atendimento dispensado a eles pela Instituição de Saúde A. Escutamos alguns usuários afirmarem que se sentem na “segunda casa”, que são valorizados e ouvidos sempre que precisam. Porém, um aspecto destacado por nós, foi a estrutura inadequada dessa Instituição por compreendermos a falta de segurança em garantir um ambiente de escuta seguro em relação ao sigilo necessário durante as consultas. As salas são separadas por divisórias que não alcançam o teto, o que acaba permitindo ouvir, muitas vezes, o que está sendo conversado entre usuário e o

profissional de saúde. A sala de fisioterapia é separada da sala da coordenação da UBS por armários apenas, o que não permite a privacidade no atendimento.

Para Franco e Merhy (2013) qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde a um usuário, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de encontro entre duas pessoas que geram momentos de fala, escuta e interpretações, no qual pode acontecer a acolhida, os momentos de cumplicidades, a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado nos quais se produzem relação de vínculo e aceitação.

Sendo assim, a estrutura física dos serviços de saúde, independe da sua complexidade, deve ser favorável à prática de escuta e ao acolhimento, bem como atendimento individualizado das pessoas, na busca do fortalecimento das relações de vínculo, confiança e sigilo das suas confidências.

Portanto, o cotidiano do processo de trabalho em saúde deve ser acordado entre os membros da equipe, definindo-se campo e núcleo de competência de cada profissional, com o objetivo de acolher e produzir vínculo com os usuários tendo como objetivo a produção do cuidado em saúde.

Em relação a formação de vínculos por parte dos usuários das Instituições C e D, eles disseram que não conseguem estabelecer vínculo nem relação de confiança com os serviços, sendo, portanto, divergente da situação de vínculo da Instituição A.

[...] assim, porque a troca aqui de médico, acho que todo dia troca de médico, todo dia é um médico diferente, **tem uns que dão bem atenção, são bem atenciosos, olham a ficha, tem outros que não**, e assim vai indo (E18U).

Mais ou menos, que tem vezes que eles na rapidez assim, **às vezes troca o paciente, às vezes troca nome, troca remédio** aí eu sempre observo, sempre pergunto o que eles estão dando e o que é aquilo (E20U).

Não, não consegui não. Algumas enfermeiras são legais, fazem muito bem seu trabalho e outras realmente. Sou chamada pelo nome, mas teve uma doutora que no domingo, eu estava com muita febre, colocaram bolsas de água e luva, e sem querer eu tirei, aí depois ela mandou botar, aí eu botei de novo e ela “Esse povo é muito teimoso”, **eu acho assim, que tem que tratar as pessoas pelo nome, entendeu? A gente não é animal** [...] eu acho que

o carinho e o amor à profissão que tem ajuda bastante. Se tu amas o que tu fazes, então tudo pode ajudar bem melhor ao próximo (E23U).

Ficou nítido nestas falas que os usuários não conseguiram estabelecer uma relação de vínculo com as equipes dessas instituições por diversos motivos relatados como: grande rotatividade profissional, falta de atenção por parte da equipe, troca do nome do paciente e do remédio, falta de acolhimento e o fato de não ser chamado pelo nome. Tais situações contribuem para distanciar o usuário dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, não promovem uma relação de corresponsabilização entre ambos o que impacta diretamente na produção do cuidado em saúde.

É necessário que se trabalhe com os profissionais a dimensão de afetividade que está presente no trabalho clínico e o impacto que isso produz no estado de saúde das pessoas, já que se é desejável que esses vínculos contribuam para que sejam geradores de autonomia, centrados nas necessidades de cuidados daquele que é atendido, capazes de serem mantidos ao longo do tempo, produtores de corresponsabilização entre aquele que cuida e quem é cuidado e potentes para produzir saúde.

Para Franco e Merhy (2013), do ponto de vista dos usuários esse grupo não reclama da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim o desinteresse e a desresponsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Eles se sentem, na sua maioria, inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados.

Nas Instituições C e D ocorrem os atendimentos às intercorrências clínicas de emergência adulto e pediátrico. Por isso, os serviços de emergência devem ter seus trabalhadores capacitados para o acolhimento a essas pessoas que, muitas vezes, deixam de receber cuidados disponíveis pela falta de familiaridade dos trabalhadores com a doença e pela inexistente conexão com os centros de referência (BRASIL, 2009).

Durante a observação e a análise de prontuários na Instituição C, identificamos equívocos no cuidado dispensado à uma paciente com DF que inclusive é participante desta pesquisa, convergindo com a falta de confiança referida pelos usuários. Ela estava internada há sete dias e durante esse período de internação vinha sendo ofertado a medicação sulfato ferroso em doses elevadas, prescrita para anemia ferropriva. Entretanto, essa medicação, geralmente, é contraindicada para pessoas com DF por já ter sido transfundida diversas vezes, o que elevou os índices de ferro no sangue.

Sobre essa situação, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) destaca que a DF tem como um dos seus principais sinais a anemia. Tal anemia, no entanto, resulta de encurtamento na sobrevida das hemácias e não pode ser corrigida mediante a terapia com sulfato ferroso, como acontece no caso da anemia ferropriva, cuja origem está na carência alimentar de ferro. O excesso do ferro é altamente prejudicial aos tecidos e órgão e pode causar serias lesões nos pacientes com DF, sendo assim contraindicado em adultos que possui ferritina elevada e que já fez uso de transfusão sanguínea.

Outra situação observada e também relatada pelos usuários, foi a não identificação do usuário pelo nome. Em muitos momentos vimos que eles não eram chamados pelo nome e sim pelo leito que estavam acomodados, ou seja, numa “coisificação numérica” fragilizando o vínculo a ser estabelecido entre usuário e profissional de saúde.

Frente as situações aqui reportadas (conhecimento do processo saúde-doença da DF, e a interrelação pessoal) vimos a necessidade de atividades com a educação permanente em saúde para a equipe multidisciplinar direcionada ao cuidado às pessoas com DF nas Instituições C e D, já que observamos na prática e também relatado pelos usuários “erros” na assistência que podem levar a danos e risco de complicações do quadro clínico desses usuários e atitudes que não promovem o acolhimento e vínculo.

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) é de responsabilidade da atenção às urgências e emergências promover a capacitação dos profissionais de

emergências em procedimentos específicos para atendimento à DF, na prevenção de agravamentos que podem conduzir ao óbito, situação relata na fala E20U quando discorre sobre os erros com troca de medicação e de usuários, realidade que promove a quebra do vínculo pela não confiança no serviço.

Divergindo-se dos usuários a respeito das relações entre profissionais-usuários, os profissionais de saúde E12, E13 e E19 das Intuições C e D referiram ter vínculo com os usuários, conforme as falas a seguir.

[...] a maioria dos pacientes que são internados aqui **a gente já conhece por outras internações, então a gente termina conhecendo pelo nome, termina conhecendo pela história de vida em si**, a gente conhece parente, a gente tem essa proximidade, justamente por esses internamentos recorrentes [...] (E12PS).

A gente conhece o paciente porque são tantos internamentos que **a gente já sabe, já conhece, já sabe quem é uma mãe cuidadosa** quem não é muito [...] (E13PS).

A gente tem pacientes que internam constantemente, vários episódios de crise ao longo de meses. A gente já tem pacientes super conhecidos aqui, que a gente já sabe, **até pelo nome, pelos gritos, a gente já sabe, então a gente cria certo vínculo com eles** [...] (E19PS).

Diante destas falas fazemos uma reflexão sobre uma concepção de vínculo restrita e limitada. O vínculo não se reduz a conhecer o paciente pelo nome, ou a sua história, ele vai muito além disso. É preciso pensar sobre a responsabilidade e compromisso estabelecidos entre profissional e usuário na busca de uma atenção integral capaz de impactar positivamente em sua necessidade de saúde e gerar autonomia nas pessoas.

Ressaltamos também que as falas dos profissionais de saúde contradizem o relato dos usuários e o observado pelas pesquisadoras. Na prática identificamos equívocos de prescrição, já mencionado anteriormente, não identificação do usuário pelo nome e, inclusive, o distanciamento do usuário com a equipe, o que denota uma fragilidade na formação do vínculo nessas instituições.

No entanto, estamos convencidas que o vínculo permite ao usuário se sentir mais seguro e aceito pelos profissionais e pela unidade de saúde que se

responsabilizam pelo seu bem-estar, e é fundamental nas práticas de saúde para a melhoria da qualidade da atenção aos pacientes com DF.

Segundo Franco e Merhy (2013), clinicar não é só saber diagnosticar e curar os problemas de saúde como uma disfunção biológica, mas também é um processo e um espaço de produções de relações que se dá de modo partilhado, e no qual há um jogo de necessidades e modos tecnológicos de agir. Assim, entendemos que os usuários, nos serviços de saúde buscam, além do tratamento medicamentoso, a produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo.

Do lado do profissional e da equipe, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram ou são por ela procurados, e o quanto aquela pessoa o afeta. O vínculo se estabelece quando esses movimentos se encontram. Entretanto, ele só será terapêutico quando contribuir para que graus crescentes de autonomia, modo de “andar” a própria vida, sejam alcançados (BRASIL, 2004).

Há algum tempo vem sendo proposta a reorganização dos serviços de saúde, tendo como base a produção do cuidado, como um processo de trabalho usuário centrado e de relações acolhedoras capazes de produzir vínculo, em uma dinâmica produtiva que concebe as tecnologias relacionais para a assistência aos usuários de maneira integral e humanizada. Porém, esta realidade ainda se encontra distante dos serviços de saúde de uma forma geral.

Enfim, diante das falas dos usuário e profissionais de saúde sobre a relação de vínculo estabelecidas nos diversos campos de estudo, fica evidente que a APS e os serviços estudados não conseguem estabelecer vínculo com usuários com DF. Apenas a Instituição A foi referenciada pelos usuários como promotora de vínculo, guiadas pelas relações de carinho, amizade, confiança e corresponsabilização.

Para Franco, Bueno e Merhy (1999) a responsabilização clínica e sanitária e a ação resolutiva, com o objetivo de defender a vida das pessoas, só são possíveis quando se acolhe e vincula. Assim, pensar em resolubilidade é tentar dar respostas efetivas aos problemas de saúde identificados.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1990, p.10) a resolubilidade é definida como: "a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência."

Sobre a resolubilidade da instituição B, os usuários E15 e E16 responderam que os profissionais conseguem fazer o encaminhamento para outros níveis de assistência.

Assim, se for um termo assim de encaminhar para um **internamento ela já dá o encaminhamento**, e daí fica tudo mais fácil. O que tem ao alcance eles fazem (E15U).

Quando não resolve aqui, **encaminha para a Policlínica** ou então para o Hospital o que não tem como resolver aqui (E16U).

No entanto, é perceptível nessas falas que a resolubilidade se limita a encaminhamentos, ou seja, eles não concebem a resolubilidade como uma abordagem integral dos problemas de forma interdisciplinar para responder as várias dimensões das necessidades de saúde, que vão além das ações individuais e de encaminhamentos para outros níveis de atenção.

Em uma visão mais ampliada, Costa e outros (2014) consideram que resolutividade é a resposta satisfatória que o serviço fornece ao usuário quando busca atendimento a alguma necessidade de saúde. Uma resposta que não compreende, exclusivamente, a cura de doenças, mas, também, o alívio ou a minimização do sofrimento, a promoção e a manutenção da saúde.

Para Turrini e outros (2008) a resolutividade pode ser avaliada em duas dimensões: no próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e no encaminhamento dos casos que necessitam de atendimentos mais especializados dentro do sistema de saúde, que se estendem desde a consulta inicial, os exames e o tratamento do usuário no serviço de APS até a resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços e solução de seu problema em outros níveis de atenção.

A resolubilidade do atendimento é tudo que espera o usuário quanto procura um serviço de saúde. Logo, a APS é responsável tanto pelo encaminhamento dos usuários, quanto pelo acompanhamento dele na rede na articulação de serviços e no acesso na busca de dar resposta as demandas apresentadas.

Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos, podemos, efetivamente, potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada. De acordo com a PNH (BRASIL, 2004) várias estratégias podem ser adotadas pela equipe de atenção básica para favorecer a construção de vínculos, responsabilização e resolutividade, que vão além dos encaminhamentos, como por exemplo, a identificação de famílias e pessoas que requerem atenção especial, - que pode ocorrer a partir da necessidade explicitada ou identificada no “encontro”- ; trabalhar em articulação com outros níveis de atenção/ especialidades; bem como estabelecer parcerias com outros setores, como escolas, creches, universidades, centros de assistência social e outras instituições/equipamentos sociais da região e organizações do movimento social/comunitário.

Ademais, o usuário E7 ao referir a resolubilidade de outro serviço fez uma comparação com a resolubilidade da APS, explicitada na fala a seguir:

Tudo certo com encaminhamento **daqui melhor do que lá no posto** (E7U).

Nesta fala o serviço de APS, referência para o usuário não consegue dá resolutividade às suas demandas de saúde, uma fragilidade desse nível de atenção.

Por muito tempo os cuidados às pessoas com doença falciforme foram realizados em centros específicos e, para que a promoção do cuidado aconteça de fato, é necessário mudar a realidade. Precisa-se de uma APS comprometida e corresponsável em dar respostas efetivas aos seus problemas, para que assim consigam perceber seus serviços como referência no processo de saúde-doença da DF, capaz de promover uma atenção integral.

Segundo Gomes e outros (2014) a resolatividade para os usuários com DF tem relação direta com a capacidade dos serviços de saúde em atender às necessidades dos mesmos, ou seja, a resolubilidade pode ser entendida como uma forma de avaliar os serviços de saúde.

Já para os profissionais da Instituição B a resolubilidade limitou-se a encaminhamento como referido também pelos usuários.

Sim, como eu sou na parte de enfermagem, **geralmente eu encaminho para a enfermeira**. Tipo, **fazendo encaminhamento**, né? [...] acho que consegue sim (E14PS).

Ao levarmos em consideração esta fala, observamos que APS apresenta dificuldades em identificar as necessidades em saúde da população e sistematizar as suas ações, pela profissional de saúde, uma vez que o encaminhamento é uma prática para a resolubilidade da atenção no seu cotidiano de trabalho, dando-nos a impressão da não integração e não interação de um trabalho em equipe.

Para Assis (2015), dessa maneira não se conforma uma APS resolutiva, que responda às necessidades de saúde de uma certa comunidade como um lugar implicado com as pessoas num território de acesso facilitado e próximo à vida cotidiana dos cidadãos.

Uma fala diferente foi a do entrevistado 6PS ao fazer referência que a maior dificuldade do serviço para dar resolubilidade as demandas, é a procura do usuário com DF pela unidade de saúde. Todavia, quando assiste a pessoa com DF tenta dar resolubilidade.

Até onde a gente pode atuar, dentro da nossa unidade a gente tenta resolver. Assim, **é claro que a gente sabe que existem limitações**, e dentro dessas limitações o que a gente não tem condições de ser resolvido aqui a gente tenta encaminhar para o Centro de Referência deles, próprio na Cidade Nova. Mas assim, **o que realmente a gente vê como dificuldade é justamente que eles procurem o nosso atendimento** (E6PS).

Nesta fala é visível as limitações/dificuldades que a APS possui para a resolubilidade aos problemas demandados às pessoas com DF, o que acaba gerando encaminhamentos muitas vezes desnecessários. Outro aspecto citado, foi que os

usuários com DF não procuram a unidade, situação já anteriormente referida em outras falas. Aparentemente, há uma invisibilidade da APS por parte dos usuários com DF no trato à prática do cuidado integral aos seus problemas de saúde.

No estudo de Loureiro e Rozenfeld (2005) foi observado que 76% dos óbitos por DF ocorrem até 29 anos de idade, com concentração de 37% em menores de nove anos, mostrando a elevada gravidade e letalidade da doença no Brasil.

Segundo esses autores a falta de diagnóstico precoce, de orientação familiar diante dos primeiros sinais de complicações, de acesso a medidas preventivas contra infecções, de um programa governamental de fornecimento regular de medicamentos ambulatoriais e um atendimento pouco eficaz durante as intercorrências clínicas são aspectos que certamente contribuem para tal situação.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), as ocorrências de internação das pessoas com DF são diretamente proporcionais à qualidade da assistência prestada. Uma família ou uma pessoa orientada para o autocuidado na DF com acesso à orientação do especialista e assistida na UBS próxima a sua residência terão suas intercorrências atendidas a tempo, assim como identificadas indicações de internação hospitalar.

Assim, diante da realidade apresentada, reforçamos a importância da atuação da APS na prevenção de complicações, óbitos e promoção da qualidade de vida às pessoas com DF. Mas, como alcançar a produção do cuidado em saúde se essas pessoas desconhecem ou 'ignoram' a APS como porta preferencial do sistema capaz de responder as suas necessidades de saúde? Que estratégias precisam ser implementadas na APS para dar sua visibilidade e valorização como protagonista da produção do cuidado em DF?

Concordamos com Chagas e Vasconcelos (2013) que apesar dos avanços, a APS está longe de cumprir o que está idealizado em recomendações, textos teóricos e normatizações. Há problemas na qualidade, na resolutividade, na cobertura, na integração ao sistema hospitalar e de especialidades, na política de pessoal, entre outros, dificultando a sua efetivação como porta de entrada no sistema.

Sobre resolubilidade a E17PS citou alguns aspectos que podem dificultar como compromisso do profissional com seu trabalho, suporte da gestão, ausência de profissional médico na unidade e sobrecarga da enfermeira.

Não sei, porque quem faz milagre é Deus, e há profissional e profissional. Tem aquele que é compromissado com a saúde pública e tem aquele que acha que deve ser assim, **porque a secretaria não dá suporte, pouco dá suporte então ele tem que trabalhar com o que ele tem.** E a resposta é: no momento estamos como Deus dará, porque **estamos sem um profissional médico**, mas a **Enfermeira graças a Deus é super capacitada e ela está fazendo o que pode [...]** (E17PS).

Frente as dificuldades citadas nesta fala, refletimos sobre a prática do profissional de saúde no cotidiano do seu trabalho para conseguir dar resposta às demandas apresentadas pela população. A mesma fez uma comparação da possibilidade de resolubilidade com “milagre divino”, uma metáfora as dificuldades sentidas na APS.

Coincidentemente, os dados desta pesquisa são convergentes com os estudos de Souza e outros (2014) ao referirem que um dos principais aspectos que dificulta a produção do cuidado em saúde na APS é a relação entre a oferta e a demanda, resolutividade dos problemas da unidade, as dificuldades nos processos de trabalho e o déficit de profissionais de saúde.

Sobre déficit de profissionais na APS, Costa e outros (2014) destacam que uma equipe multiprofissional incompleta revela a crise da situação de trabalho dos profissionais de saúde que atuam no SUS, ocasionando aumento de filas e demora no atendimento aos usuários. Assim, a falta de um profissional em uma equipe dificulta o cuidado integral na atenção primária, a articulação multiprofissional e a rede de serviços o que vem a comprometer a resolubilidade da assistência prestada.

Por conseguinte, para a produção do cuidado em saúde é indispensável aproximar-se do outro e valorizar as necessidades de atenção demandada pelas pessoas, assim como procurar superar as dificuldades existentes no cotidiano dos serviços que limitam a resolubilidade, tendo como objetivo a produção de um cuidado integral.

Enfim, para a produção do cuidado em saúde é fundamental que o profissional de saúde deixe de atuar apenas na queixa, centrando o foco do cuidado no indivíduo que está sujeito às inúmeras variáveis que determinam suas necessidades em vários momentos de sua vida. E perceber a saúde não como uma imagem complementar à doença, mas como construção permanente de cada indivíduo e da coletividade, que se expressa na luta pela ampliação do uso das potencialidades de cada pessoa e da sociedade.

Diante de todas as análises feitas nesta categoria, desde processo saúde-doença, processo de trabalho até a produção do cuidado em saúde na APS, percebemos uma grande necessidade de modificações nos serviços de saúde que atendem as pessoas com DF visando práticas mais resolutivas e integrais, articuladas em uma rede de atenção, bem como a busca da dinâmica da produção do cuidado em saúde como um dispositivo para desencadear processos de transformação das práticas e redirecionar o modelo de atenção à saúde.

5 INTERRELAÇÃO ENTRE O CMRPDF E OS SERVIÇOS DE SAÚDE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO À PESSOA COM DOENÇA FALCIFORME: IMPLANTAÇÃO INCIPIENTE, SEM CONTRAPARTIDA ESTABELECIDADA E FRAGILIDADE NA GESTÃO.

Nesta categoria abordaremos a articulação do Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme com os serviços de saúde, desde a sua criação até a organização da rede de atenção e aspectos que contribuem para a produção do cuidado à pessoa com doença falciforme.

Em março de 2012 foi criada a Associação Feirense de Pessoas com Doença Falciforme (AFADFAL) oriunda da mobilização de pessoas com a doença, seus familiares e o apoio institucional da Universidade Estadual de Feira de Santana e da Associação Baiana de Pessoas com Doença Falciforme (ABADFAL) no tocante a criação da documentação legal. A partir dessa mobilização e organização social foi sugerido que a Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana implantasse um serviço especializado, uma reivindicação do grupo com o objetivo de proporcionar melhor acesso ao tratamento dessas pessoas sem que elas precisassem se deslocar para a capital na busca de tratamento. Assim, em agosto de 2012, foi inaugurado o Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme de Feira de Santana-BA (ARAUJO, et al. 2013).

Vele ressaltarmos que a implantação deste Centro de Referência foi de uma relevância devida às dificuldades que apresentavam as pessoas com DF no seu processo saúde-doença, já que pelo SUS apenas disponibilizava o serviço da Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Estado da Bahia (HEMOBA) em Salvador, que era o mais próximo delas.

Todavia, sobre as Políticas voltadas à atenção aos usuários com DF no município, a gestora E9 destacou que esse Centro de Referência veio de forma incipiente e sem planejamento.

Centro de Anemia Falciforme **ele veio de uma forma meio incipiente** para gente. Veio no sentido de abrigar algumas pessoas, que iria atender esse programa, **ele não era oficializado**, tanto é que a gente escolheu uma

unidade básica para incluir um programa que ele demanda de certa especialidade, de um certo recurso e acaba sendo uma média complexidade ou alta complexidade, então no município nós temos essa política voltada ao paciente com doença falciforme e esse programa [...] (E9G).

Aparentemente fica perceptível nesta fala uma fragilidade no processo de criação do Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme. Concretamente, durante o processo de observação vimos algumas dificuldades encontradas pelos usuários e profissionais por terem que dividir a mesma estrutura física para funcionamento do Centro e a UBS, com repercussões desde a falta de sala para atendimento, a superlotação, e até a ausência de privacidade ocasionada pelas divisórias das salas que permitem escutar o que está sendo falado nos atendimentos. O Centro, atualmente, é um local que viabiliza diversos projeto de pesquisa e extensão, contudo não dispõe de um espaço destinado para estudos, capacitação da equipe e coleta de dados das pesquisas.

Como pesquisadora não tivemos acesso ou resposta a solicitação formal a documento da SMS referente a proposta de implantação do Centro, no sentido de entendermos os aspectos políticos, organizacionais e estruturais do mesmo.

O Plano Municipal de Saúde é um dos instrumentos fundamentais do planejamento que devem ser utilizados pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde e segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008c), ele deve ser construído coletivamente apresentando as intenções políticas, diretrizes, prioridades, objetivos, quadro de metas, estimativa de recursos e gastos necessários para o alcance das metas do setor saúde. Plano que é obrigatório perante a legislação, e que exige como requisito do processo de habilitação às condições de gestão.

Contudo, analisamos alguns Planos de Saúde do Município, dentre eles o Plano Municipal (2010- 2013) (Doc.1), (FEIRA DE SANTANA, 2010), com intuito de obter uma melhor compreensão sobre a organização e planejamento das ações voltadas aos usuários com doença falciforme no município pesquisado.

Nesse plano encontramos descrito na ação 13 as seguintes propostas: implantação do controle de Anemia Falciforme, tendo como atividades específicas

realizar triagem neonatal e busca ativa de casos positivos; acompanhar nas USF/UBS as pessoas sintomáticas; realizar diagnóstico de anemias e traços falcêmico na família; encaminhamento para execução de exames laboratoriais; educação para a família quanto ao manejo do paciente com anemia falciforme; garantir assistência e acompanhamento para essas pessoas e realização de exames na média e alta complexidade; realizar vacinação com imunobiológicos especiais e garantir medicamento da atenção básica. Atividades específicas que tiveram como meta implantar o Programa de Controle de Anemia Falciforme em 100% das Unidades de Atenção Básica e como responsável a Atenção Básica/SMS.

Porém, nesse Doc.1 não encontramos qualquer proposta de implantação do Centro de Referência ou menção a sua possibilidade, em convergência com a fala da gestora quando diz que ele veio de forma incipiente e que não era oficializado.

A respeito do Doc. 2, Plano Municipal que corresponde ao período de (2014-2017), (FEIRA DE SANTANA, 2014), não consta quaisquer aspectos direcionados à doença falciforme ou ao próprio Centro de Referência, apenas cita as propostas elencados pela população em reuniões públicas por região administrativa como: acompanhamento odontológico e ampliação do Programa de Anemia Falciforme, sem descrição de como ou quando será a ampliação, ou como pode acontecer.

Outro aspecto citado no Doc. 2, foi referente a assistência farmacêutica com a garantia do acesso dos medicamentos ditos essenciais do elenco da farmácia básica, bem como dispensação dos medicamentos utilizados para diagnóstico de imagem, destinados aos portadores de hipogonadismo, fármacos da classe dos benzodiazepínicos (diazepan e clonazepan), além dos insumos destinados aos portadores de Diabetes tipo I cadastrados no programa e portadores de anemia falciforme¹¹.

¹¹ O termo **anemia falciforme** foi mantido porque está descrito desta forma nos documentos, contudo sabemos que a terminologia adequada é doença falciforme e não anemia falciforme, já que amplia as outras formas de variação da doença.

De acordo com Ferreira (2012), mesmo com os avanços obtidos até o momento, a partir das políticas públicas voltadas para essa população, existe uma negligência da doença falciforme pelos gestores no Brasil que é historicamente comprovada, sendo as iniciativas atuais recentes para sanar a invisibilidade à doença ao longo de tanto tempo.

Nessa direção, para Araujo e outros (2013) as pessoas com DF possuem muitas dificuldades, dentre elas se incluem a pouca efetividade dos serviços devido ao despreparo dos profissionais de saúde, a falta de assistência jurídica, a invisibilidade desse grupo nas políticas de saúde pública local e quase impossibilidade de exercício da cidadania.

Essa invisibilidade é ratificada na fala da gestora E1, a seguir:

Hoje a gente tem um **serviço bem complexo e bem amplo** também, porque quando se fala de **doença falciforme no Brasil ainda tem a questão do preconceito**, ainda tem a questão do **descuido das pessoas pela falta do conhecimento**[...] (E1G).

O preconceito e o descuido pela falta de conhecimento citados por essa gestora constata a realidade e necessidade de mudança frente ao atraso das políticas públicas para DF e implementação de forma eficaz e equânime.

Segundo Cordeiro (2013b) embora a DF não seja exclusiva da população negra, esse grupo é o mais acometido pela doença, e é importante destacar que essa população apresenta os piores indicadores de vida social e econômica, prejudicando, significativamente, o seu efetivo acesso a serviços especializados de saúde.

Ademais, Araujo e outros (2013), reforçam que há alguns entraves e/ou dificuldades enfrentados pelas pessoas com doença falciforme que extrapolam as questões fisiopatológicas e clínicas da doença por se tratar de uma população vulnerável pela baixa escolaridade e pouca inserção social.

Portanto, para além dos aspectos biológicos inerentes à doença falciforme de natureza crônica e genética, a influência dos aspectos raciais, culturais e

socioeconômicos, são determinantes na qualidade de vida dessas pessoas e precisa ser percebido e valorizado tanto pelos gestores quanto pelos profissionais de saúde na busca da efetivação de políticas públicas voltadas à produção do cuidado em saúde.

A falta de apoio e a inexistência de financiamento para o funcionamento do Centro de Referência também foram enfatizados pelas gestoras E1 e E9, a seguir:

[...] a gente precisa ter uma abordagem melhor? Precisa. **A gente precisa ter uma contrapartida das esferas Estadual e Federal para melhorar (E1G).**

[...] no município nós temos essa política voltada ao paciente de doença falciforme e esse programa, **ele se sustenta de uma certa forma só**, ele não tem recurso direto para o seu funcionamento, a própria gestão municipal é quem banca os insumos. Nós recebemos materiais do Estado, são materiais tipo equipamento fixo, mesa, cadeira. **O andamento completo do sistema, então os profissionais, recursos materiais, esses insumos são todos pagos pelo governo municipal, é o município quem banca; o Estado não tem, nós não temos uma contrapartida do Estado, eu posso te dizer que essa política é uma política municipal, ela não é uma política Estadual (E9G).**

Dessa maneira, quem viabiliza o funcionamento e permanência do Centro de Referência para as pessoas com DF no município é a gestão municipal. Contudo, apresenta dificuldades em ampliar e melhorar o atendimento da unidade por não ter contrapartidas estadual e federal, gerando limitações em seu funcionamento, constituindo-se, talvez um dos desafios para a produção do cuidado em saúde integral à DF para a superação dessa invisibilidade que perdura de longas décadas até os dias atuais. Situação ratificada na fala da Gestora 9.

Feira é utilizada em vários momentos como modelo, inclusive para o Estado **e no entanto não há uma valorização para ter contrapartida disso aí (E9G).**

Uma situação contraditória entre as falas das gestoras E1 e E9 e a responsabilização do Estado brasileiro, quanto a distribuição de recursos, uma vez que o Manual para Organização da linha de cuidado em DF (BRASIL, 2009) faz referência à política do Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados que deve destinar recursos para a qualificação desse tipo de assistência nos Centros de Referência, e o Grupo de Assessoramento Técnico em

Doença Falciforme. Ao mesmo tempo que ressalta que todas as pessoas que têm doença falciforme devem ser acompanhadas regularmente pelo serviço de referência hematológica de sua região ou cidade, já que todos os estados do Brasil possuem pelo menos (1) serviço especializado para essa finalidade em hemocentros, hospitais gerais e/ou hospitais universitários.

Como vemos, há um ‘desencontro’ entre o que o que está descrito nos manuais do Ministério da Saúde e o que vem acontecendo no município estudado a respeito do financiamento dos serviços especializados em doença falciforme, comprometendo com a efetividade das ações em saúde e investimentos necessários às adequações dos serviços na estrutura e nos recursos materiais e humanos na produção do cuidado da DF na APS e demais serviços.

Sobre distribuição dos recursos consideramos que os objetivos de qualquer sistema de saúde devem ser garantir as mais avançadas técnicas para melhorar a saúde da população, bem como minimizar as desigualdades na distribuição de recursos, de maneira a não permitir que alguns grupos estejam em desvantagem de forma sistemática (BRASIL, 2009).

Ademais, devida as limitações e falta de apoio financeiro da gestão estadual e federal, o Centro de Referência restringiu seu atendimento apenas para munícipes de Feira de Santana, explicitado nas falas das gestoras E1 e E9.

[...] depois de 2014 **a gente não mais atende esses outros municípios** e aí somente Feira de Santana (E1G).

Inicialmente a gente tinha uma demanda muito grande de outros municípios, mas isso foi no início. Agora como a gente já tem uma demanda descrita boa e **grande a gente evita atender pessoas de outros municípios porque a gente vai está tomando as vagas dos nossos munícipes**, inclusive com distribuição de medicação, agendamento de consultas e tudo você sabe que é regulado e isso a gente evita, hoje a gente não atende[...] **também só tem a renda do município para custear** (E9G).

Quando o Centro foi inaugurado em 2012 realizava atendimento aos diversos municípios vizinhos, porém com o aumento da demanda e dificuldade de custeio restringiu o serviço apenas para os seus munícipes afim de garantir melhores condições na oferta do serviço. Uma situação concreta que pode evidenciar algumas barreiras enfrentadas pelas as pessoas com DF no seu processo de saúde-doença,

uma vez que precisam se deslocar para os grandes Centros na busca do atendimento especializado, muitos deles distantes da sua cidade, ocasionando desgaste físico, financeiro e muitas vezes abandono do tratamento, devido difícil acesso da população de cidades interioranas.

Tivemos oportunidade de observar, além das falhas estruturais (físicas) do Centro de Referência, uma outra situação que dificulta planejamento da produção do cuidado e que também foi referenciado pela Gestora E1.

Nosso sistema ele não é informatizado, infelizmente ainda não é, para que a gente possa ver quantos paciente tem, **a gente tem que voltar para o prontuário e contar um por um**, então a gente já solicitou da secretaria a informatização, porque uma vez que se torne possível essa realidade para nós, vai ficar melhor para a gente contabilizar quantos são SS, quantos são SC, quantos são Beta, quantos são homem, quantos são crianças e isso vai facilitar e muito a pesquisa e planejamento[...] (E1G).

A falta de informatização no Centro de Referência é um aspecto que dificulta a prática cotidiana dos profissionais de saúde (produção do cuidado, pesquisa e planejamento das ações). A organização desse serviço de atenção especializada às pessoas com DF se faz necessário, na medida que permite se conhecer a realidade epidemiológica local, contribuindo para avanço nas pesquisas e articulações com outros serviços da rede e alocação de recursos na busca de ofertar verdadeiramente um cuidado integral e resolutivo a esses usuários.

O desconhecimento dessa realidade epidemiológica sobre as pessoas com DF no município estudado é retratado no estudo de “Caracterização das pessoas assistidas no Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme” em Feira de Santana (RODRIGUES, 2017) ao destacar a expressiva ausência de registros de diversas variáveis do estudo, configurando-se como um viés de informação importante, o que torna questionável os resultados encontrados, mas salienta também a relevância dos registros de qualidade para a avaliação da assistência prestada, apesar da qualidade dos registros de saúde ser um desafio a ser alcançado, porém é de importância para a qualidade da assistência multiprofissional e para a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas voltadas para a saúde da população com doença falciforme.

Segundo Ministério da Saúde, (BRASIL, 2015) ainda não há dados consistentes sobre a mortalidade e a letalidade por DF no Brasil devido dificuldades de obter tais dados e, isso se deve a inexistência de informação nos atestados de óbito, a ausência de cadastros informatizados nos centros de referência e hemocentros e a existência de população sem diagnóstico que revelam a necessidade de estruturação da rede de informação em DF, para que se possa avaliar o impacto das políticas implementadas, nos índices de letalidade da doença. Outro aspecto importante é a necessidade, já manifestada em vários centros de especialidade de todo o mundo, da adequação da DF ao Código Internacional de Doenças (CID) -ainda desatualizado-, em face dos grandes avanços no conhecimento da doença.

Outra realidade sobre a informatização dos serviços e prontuários eletrônicos é trazida por Ferreira (2012) no estudo em um Hemocentro no estado de Minas Gerais ao visualizar a importância da informatização e a necessidade de prontuário eletrônico para atendimento das pessoas com doença falciforme na busca de facilitar o planejamento das ações, direcionar as políticas públicas e analisar o perfil epidemiológico da doença. Elementos que convergem para a oferta de um cuidado responsável e direcionado à situação vivenciada pelas pessoas com doença falciforme no Brasil.

De acordo com Ministério da saúde (BRASIL, 2015) é da competência das Secretarias Municipais de Saúde implantar sistemas de informação, disponibilizados pelo Ministério da Saúde ou desenvolvidos localmente, e contribuir para sua utilização de forma a obter registros dos dados relativos ao cuidado das pessoas com DF atendidas nos serviços de saúde que estão sob responsabilidade do município.

Portanto, fica evidente a necessidade de informatização do CMRPDF e sensibilização dos profissionais para preenchimento correto das informações, bem como investimentos que venham facilitar a organização dos processos de trabalho a fim de garantir uma atenção mais cuidadosa às pessoas com doença falciforme e melhores condições de trabalho. Para tanto, entendemos que é urgente a criação de um sistema de cadastro nacional de pessoas com DF e outras hemoglobinopatias que permita registrar as características epidemiológicas dessa população, conforme também preconizado pela Portaria 1.018/05 (BRASIL, 2005).

Quanto ao planejamento das ações no Centro de Referência há convergência nas falas das gestoras E9 e E23, explicitadas a seguir sobre o planejamento estratégico.

Planejamento Estratégico, nós sim, temos o estratégico a partir do momento em que a gente percebe algumas necessidades dos pacientes e do programa municipal e a partir daí a gente lança algumas estratégias de viabilidade. **E todo esse planejamento estratégico deve ser feito com base nas necessidades, nos diagnósticos** que são encontrados dentro do serviço [...] baseado na realidade local (E9G).

Ele é estratégico, na verdade nós aqui da Secretaria temos vários apoiadores e esses apoiadores sentam com suas equipes que eles apoiam e constroem o planejamento estratégico, **a cada três meses eles mudam o problema**, avaliam se atingiu o problema priorizado e aí eles priorizam novos problemas e durante o ano é assim que acontece (E23G).

De acordo com as falas das gestoras, o planejamento das ações voltadas às pessoas com doença falciforme acontece a partir da realidade local e do diagnóstico levantado previamente, direcionado as necessidades dos pacientes.

Segundo o Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde de 2011-2015 (BRASIL, 2013b), a definição de prioridades ocorre por meio da análise situacional, que permite identificar, formular e priorizar os problemas abordados de acordo com as condições de saúde e os aspectos da gestão. Esse documento, faz referência que o Planejamento Estratégico da Saúde vem consolidando, ao longo dos últimos anos, um modelo de gestão voltado para resultados que visam garantir a ampliação do acesso com qualidade aos serviços de saúde, um desafio pautado em estratégias de planejamento, monitoramento e avaliação, em um contexto no qual a saúde é parte integrante do desenvolvimento do país, focada no crescimento, no bem-estar e na melhoria das condições de vida de toda a população brasileira.

Para Testa (1986) um dos principais elementos que compõe o processo de planejamento é o diagnóstico, que dever ser apresentadas algumas técnicas para cálculo de indicadores e análises de problemas. Contudo, no conjunto, não conformam um roteiro a ser seguido para a identificação e explicação dos problemas de saúde. Mais do que uma série de procedimentos, os diagnósticos constituem um quadro de análise para se pensar os problemas de saúde, um modelo explicativo

orientador do detalhamento da realidade necessário para o levantamento e compreensão dos problemas de saúde.

Nesta perspectiva, compreendemos que é fundamental que os gestores reconheçam a importância do processo de planejamento como estratégico à gestão do Sistema Único de Saúde, uma vez que os esforços implementados na formulação dos instrumentos de planejamento cada vez mais orientam os avanços na superação dos desafios que se apresentam e é a partir desse planejamento em saúde que é possível mudar a realidade.

A gestora E9 ainda exemplifica como acontece o planejamento voltado a demanda dos usuários.

[...] nós tínhamos uma demanda de crianças falcêmicas, que **carecia de exames e diagnósticos mais especializados, daí a gente contratou um Neuropediatra**, nós temos alguns exames que são feitos com essas crianças, então o nosso planejamento é feito em cima da necessidade dos usuários para o funcionamento do programa (E9G).

Atualmente, o Centro de Referência fornece alguns exames de forma gratuita, incluindo o exame Doppler Transcraniano, que não é feito pelo SUS e na Bahia só existe em Feira de Santana e Itabuna. Com o Doppler é possível avaliar o fluxo sanguíneo cerebral em crianças e adolescentes que possuem a doença falciforme, prevenindo esses pacientes de um Acidente Vascular Cerebral (AVC), (Doc. 5.), (FEIRA DE SANTANA 2017a).

De acordo o Manual de eventos agudos em doença falciforme (BRASIL, 2009), o acidente vascular cerebral é uma das mais graves complicações da doença falciforme e seu rastreamento se dá pela realização do Doppler Transcraniano que deve ser iniciado aos 2 anos de idade e repetido anualmente.

Consideramos, a realização desse exame no Centro de Referência, um avanço significativo, uma vez que não é disponibilizado pelo SUS, e corresponde de fato uma necessidade de saúde das pessoas que possuem DF, já que o AVC é um risco para quem tem a doença, podendo trazer complicações graves que podem comprometer a qualidade de vida dessas pessoas.

A equipe multi e interdisciplinar que integram o Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme para atender as diversas demandas/necessidades de saúde é importante pela sua formação e capacitação na produção do cuidado à DF destacados pelas E1G e E9G.

A nossa equipe é uma equipe que **hoje todos são capacitados em doença falciforme** [...], é composta por dois Hematologistas, um Hemato Pedi e um Hemato para cuidar de adultos, um neuropediatra que faz a consulta à criança para fazer a realização do Doppler Transcraniano, a gente tem um especialista em dor, essa é a equipe médica, somos em quatro, aí eu tenho duas Enfermeiras, um Técnico de Enfermagem, uma Nutricionista, dois Fisioterapeutas e uma Assistente Social (E1G).

Nós temos médicos clínicos, temos o Hemato Pedriático, o Hemato Adulto, o Neurologista, o Fisioterapeuta, Enfermeiro, os Técnicos, Administrativo, Assistente Social, Nutricionista, então para atender toda necessidade daquele paciente. [...] nós temos uma **equipe multidisciplinar** que atende a esse programa. Já foram feitos **vários treinamentos** [...] eles participam de eventos, **estão sempre em atualização** (E9G).

Notamos que não foi citado pelas gestoras o psicólogo como parte da equipe multi e interdisciplinar. Sobre esse aspecto a gestora E1 justificou nesta fala:

[...] tínhamos um **psicólogo, porém a demanda era muito pouca** e aí por conta disso a gente remanejou o profissional para um outro serviço e a procura é muito pouca [...] (E1G).

Diante da magnitude dessa patologia, não compreendemos como uma doença incapacitante, carregada de estigmas, preconceito e invisibilidades não leve a necessidade de acompanhamento psicológico, uma vez que essas pessoas se encontram vulneráveis tanto pela enfermidade, quanto pelas questões econômicas, sociais e raciais que envolvem o processo saúde-doença da doença falciforme.

Para Souza e outros (2014) as pessoas com DF convivem com limitações que também irão comprometer o trabalho e a vida social, ocasionando dificuldade em se manter ou conseguir emprego, em se relacionar com os outros, em praticar atividades de lazer. Essas situações podem gerar sentimentos negativos, de depressão e isolamento social, afetando o bem-estar, sendo necessário que o paciente receba orientação profissional e apoio psicológico e social contínuos.

Nesse contexto, enfatizamos que é indispensável um acompanhamento psicológico que promova a troca de experiência e a escuta qualificada de modo que o profissional possa contribuir para autoconhecimento, autonomia e a romper as barreiras relacionadas às vivências da doença falciforme. Tudo isso irá permitir para essas pessoas estratégias de enfrentamento e superação para as dificuldades que permeiam a vida de quem possui uma doença crônica e com tantas complicações.

O atendimento realizado por uma equipe capacitada faz absoluta diferença na produção do cuidado em saúde, uma vez que profissionais capacitados se sentem mais seguros para ofertar um cuidado direcionado às necessidades de saúde das pessoas com DF com competência e habilidades técnicas (leve, leve-dura e dura).

Ao analisarmos os documentos (Doc. 1, Doc. 2 e Doc. 3) que correspondem aos Planos Municipal de Saúde (2010- 2013) e (2014-2017) e Relatório de Gestão (2016), não vimos qualquer planejamento ou proposta para capacitação dos profissionais para doença falciforme. Outrossim defendemos que as ações voltadas para a temática precisam ser contempladas pela gestão uma vez que consideramos importante na educação permanente em saúde desses profissionais de saúde e devem ser utilizados estrategicamente pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Essa educação permanente dos profissionais de saúde para doença falciforme deve acontecer de forma continua na busca de qualificar a atenção à saúde e suas práticas e os processos formativos, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva mais abrangente envolvendo vários setores e serviços. Ressaltamos, que somente um profissional atualizado é capaz de intervir nas alterações precocemente e orientar o usuário e sua família adequadamente para o autocuidado no processo saúde-doença da DF.

Na prática, observamos que os profissionais de saúde do Centro de Referência são seguros em seus atendimentos e assíduos nas reuniões e capacitações promovidas pelo próprio serviços ou por outras unidades de saúde. Participam de cursos e simpósios e três deles são membros da Delegação Baiana em

Doença Falciforme o que contribui para melhoria no atendimento às pessoas com a doença.

Para produção do cuidado em saúde às pessoas com DF de forma integral, além de uma equipe de saúde completa e capacitada, é fundamental a articulação da rede de atenção para dar conta das demandas apresentadas por essas pessoas. E sob essa ótica, torna-se necessária a criação da Rede Integrada de Serviços de Saúde (RISS) às pessoas com DF (BRASIL, 2015).

Sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a) as definem como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, interligadas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Apesar das dificuldades, obstáculos e/ou limites na produção do cuidado às pessoas com DF nos últimos anos, foram notórios alguns avanços no seu controle, além da possibilidade de melhoria da qualidade de vida da população e, também do aumento da longevidade das pessoas com tal enfermidade, atendidas pelo SUS por meio da hemorrede e hospitais de referência (BRASIL, 2009).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) pretende promover uma linha contínua de cuidado da pessoa com DF de maneira que as unidades de Atenção Básica estejam integradas com os Centros de Referência na Atenção Especializada, para promover a inclusão da DF nas demais redes.

A identificação dos grupos populacionais e das pessoas com DF foi o primeiro passo para a organização de uma rede de saúde com mais equidade, capacitada a dar respostas às necessidades de pessoas com tal enfermidade, que por razões históricas, em sua grande maioria, estão nas camadas menos favorecidas e dependentes dos sistemas públicos (BRASIL, 2009).

Sobre a articulação do Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme com outros serviços da rede de atenção, as gestoras E1 e E9 explicam essa articulação.

[...] **a gente está sempre em contato com o pessoal da atenção básica**, com o pessoal da divisão de Enfermagem que responde pelas UBS's. O **Hospital Dom Pedro que atende adulto e o HEC que é o Hospital da Criança**, no Dom Pedro para que o paciente possa ser acolhido lá, ele precisa ter uma **carteira de identificação** [...] então o paciente hoje ele já tem consciência, ele já é sensibilizado para que se **ele entrar em crise ele vai para a policlínica**, a policlínica presta o primeiro socorro, liga para o Hospital Dom Pedro, vê como é que estão as vagas e aí encaminha [...] (E1G).

Com relação ao paciente falcêmico, dentro da própria organização do programa já foram feitas **articulações com laboratórios, com clínicas, com os hospitais** que fazem o atendimento a esse paciente que tem agravos, então nós temos um hospital infantil, temos um hospital que atende ao público adulto, e com relação a rede de laboratórios, nós temos **o laboratório do hospital da mulher**, que é um hospital municipal e que atende essas referências e contra referências, além dos nossos laboratórios que são conveniados com a rede. Então essa rede de integração do paciente falcêmico **a gente procura que ele seja diagnosticado, atendido e acompanhado** (E9G).

Atualmente, o Centro de Referência esta articulado com alguns serviços de saúde do município na busca de estruturar uma rede de atenção aos usuários com DF que não existia anteriormente. Por conseguinte, elaboramos graficamente através da figura 1, a interrelação do CMRPDF com os serviços de saúde.

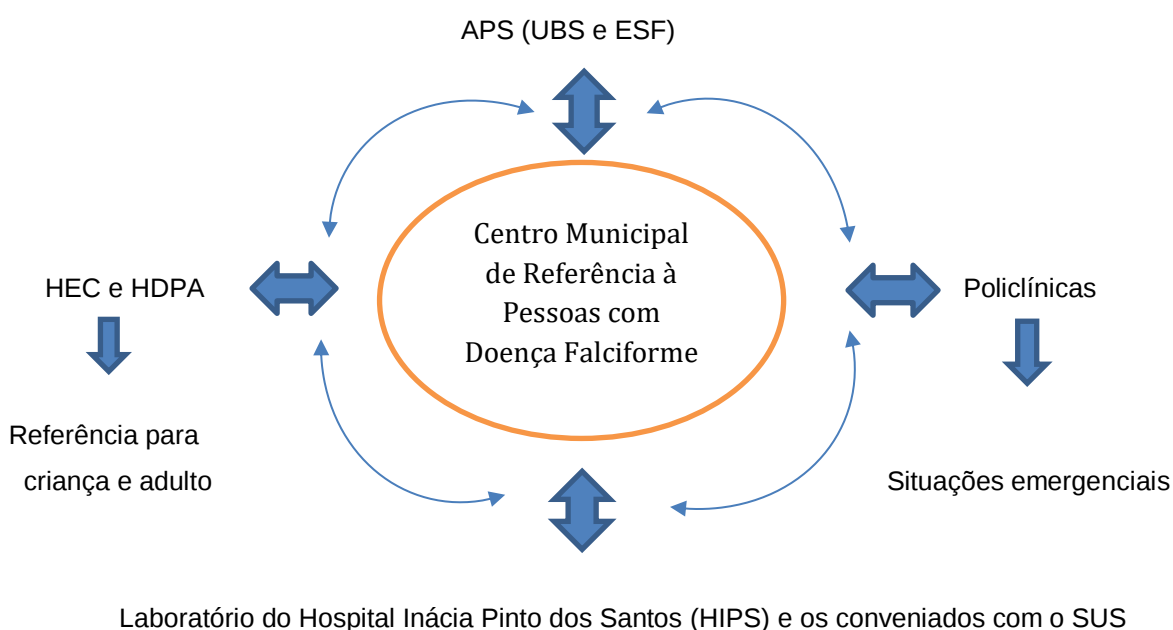


FIGURA 1 Organização da rede de atenção municipal para a pessoa com doença falciforme

Na figura 1 encontra-se os serviços que se articulam com o Centro de Referência citados pelas gestoras. O CMRPDF se articula com as UBS e ESF na busca e acompanhamento dos usuários com DF de forma conjunta; Policlínicas para situações de emergência; Hospital Dom Pedro de Alcântara para encaminhamento dos adultos; Hospital Estadual da Criança para as crianças e o laboratório do HIPS e os demais serviços conveniados ao SUS para realização de exames laboratoriais necessários para controle e diagnóstico da doença.

Dentro da lógica de articulação dos serviços para o usuário com DF, apresentados na figura 1, é necessário a comunicação entre si desses serviços na busca da produção do cuidado em saúde integral e controle da doença, uma vez que nem sempre a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde é a APS. Assim, independentemente da unidade de saúde que esse usuário se encontre, a RAS precisa estar articulada na busca da resolubilidade das necessidades de saúde trazidas por eles.

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) oferta várias diretrizes para uma atenção resolutiva e humanizada dentre elas a ordenação do fluxo de atendimento, a clínica ampliada com foco na escuta qualificada e valorização dos diversos saberes, a co-gestão e gestão participativa, a garantia dos direitos dos usuários, valorização do trabalho e saúde do trabalhador, redes de produção de saúde, dentre outros.

Portanto, é de suma relevância a definição concreta dos fluxos e contrafluxos que os usuários com DF precisam percorrer na rede de atenção à saúde do município, tendo em vista que essa organização poderá favorecer o diagnóstico precoce da doença, resolubilidade dos problemas e maior controle do usuário na rede pela APS, mesmo quando referenciado para outros níveis. Tal situação, converge com os achados desta pesquisa que mostrou a invisibilidade da APS para pessoas com DF, sendo assim, essa articulação da rede precisa ser divulgada entre os profissionais de saúde e para própria comunidade, afim de otimizar recursos e não sobrecarregar outros níveis assistências sem uma necessidade concreta.

Para o Ministério da Saúde, (BRASIL, 2015) o foco principal do fluxo de atenção é a pessoa com DF, em cada campo de necessidade, a partir de diretrizes macro e microinstitucionais, que atendam ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento adequado e multiprofissional no âmbito das RAS. Para tanto, é preciso enfatizar vários aspectos que viabilizem esse formato de atendimento.

Sobre a importância de um Centro Municipal Especializado para atendimento das pessoas com DF, os profissionais do HEC relataram que depois da inauguração desse Centro no município, foi observado a diminuição da frequência do internamento dessas crianças, isso nos leva a refletir sobre o impacto positivo na qualidade de vida dessas famílias, oportunizadas por um serviço de referência destinado para atendimento específico para usuários com doença falciforme.

A respeito dos níveis de atenção em saúde, Serafim e outros (2011) informam que o SUS está dividido em três grandes níveis de atenção: a) nível primário, de atenção à saúde como o diagnóstico precoce e os cuidados de acompanhamento de rotina, além dos cuidados preventivos como a educação em saúde e a filosofia do autocuidado, estes últimos, incluídos nos principais objetivos do programa de saúde da família; b) nível secundário, que referencia as pessoas para os hemocentros, consultas e exames especializados, procedimentos de média densidade, urgência e emergência; c) nível terciário, com internações, procedimentos complexos e cuidados intensivos.

Ressaltamos, a importância da comunicação desses diversos níveis de atenção (primário, secundário e terciário) na busca da integralidade e da produção do cuidado em saúde à pessoa com DF, reforçando que a comunicação entre os pontos de atenção permite diálogo entre a RAS e a quebra da fragmentação dos sistemas de saúde principalmente em condições crônicas como a DF.

Para Mendes (2011) as RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela APS. Dessa maneira, a APS é o centro de comunicação das RAS que precisa ordenar os fluxos e

contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes da rede.

Nessa pesquisa encontramos um usuário (E11U) com DF que não é cadastrado no Centro de Referência do município e que faz acompanhamento na Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Estado da Bahia (HEMOBA), apesar de residir no bairro vizinho do Centro de Referência, o que nos leva a questionar: se o Centro foi inaugurado há cinco anos, porque tal pessoas com diagnóstico da doença no município encontra-se sem o cadastro e sem o acompanhamento? Será uma fragilidade na rede, já que o usuário reside em área com cobertura da APS, próximo ao serviço de referência e não é acompanhando pelo mesmo?

Segundo Assis (2015) a constituição de uma rede exige qualidade da atenção, estrutura adequada, equipe comprometida e participação cidadã. São desafios contínuos e permanentes em defesa da saúde como direito universal e que precisa ser trabalhado constantemente.

Aproveitamos a oportunidade e fizemos o encaminhamento desse usuário para Centro de Referência, informando o funcionamento do serviço e a importância do acompanhamento de uma equipe multi e interdisciplinar na promoção e prevenção de agravos, complicações e melhor qualidade de vida.

Tivemos acesso ao último Protocolo do Enfermeiro (a) da Atenção Básica do Município de Feira de Santana publicado ano de 2015, (Doc. 6), (FEIRA DE SANTANA, 2015) e encontramos descritos o fluxograma de atendimento para população da raça negra, que contemplava a assistência de enfermagem para doença falciforme em seus principais eventos conforme faixa etária: crise de dor, infecções e febre, dactilite, crise de sequestro esplênico, icterícia hemolítica, AVC, imunização e úlcera de perna.

Contudo, não encontramos nesse protocolo, que é um documento oficial de orientação para os profissionais na prática, a informação de que existe no município um Centro Municipal de Referência especializado para atendimento das pessoas com DF e que é necessário a APS encaminhar qualquer pessoa que tenha a doença ou suspeita para orientação e acompanhamento. Dessa maneira, entendemos a

importância de incluir nesse protocolo o Centro de Referência, constando endereço, telefone e informações básicas do atendimento, para que as equipes de atenção primária possam fazer os devidos encaminhamentos.

Tal situação reflete, que com todo avanço, ainda é preciso uma efetiva articulação da APS com o Centro de Referência do município no sentido de diminuir a 'invisibilidade' que a doença tem até os dias de hoje pela APS, inclusive notada por essa pesquisa e ratificada pelos usuários que não percebem as unidades de atenção primária como um lugar resolutivo e seguro para cuidar das pessoas com doença falciforme.

Complementando as falas anteriores, a gestora E21 destacou o uso das fichas de referência e contrarreferência na organização da rede.

A articulação com a rede é através de uma ficha de referência e contra referência, em algumas situações o profissional liga, por exemplo, se é uma policlínica as vezes ele liga dizendo que está encaminhando aquele paciente que está em tal situação, pede contribuição na forma como ele deve atuar, na maioria das vezes faz o encaminhamento com a ficha de referência (E21G).

Um dos elementos essenciais para que as ações e os serviços de saúde funcionem de forma integrada numa rede de serviços é o funcionamento eficaz de um sistema de referência e contrarreferência. Contudo, na prática observamos que esse método não acontece, o usuário é encaminhado com a ficha de referência e não tem retorno, ou seja, a ficha de contrarreferência não volta para as unidades de origem, ratificado nas falas das gestoras E1 e E21.

[...] infelizmente **é um déficit de informação, o paciente entra, interna, sai, aparece no serviço** 'ó eu internei', ' eu fiquei dois dias internado', **mas a gente não tem esse controle** (E1G).

Na maioria das vezes faz o encaminhamento com a ficha de referência, o que ainda **é muito incipiente**. A contrarreferência, **essa é muito difícil voltar**, mas a nossa orientação e o que realmente está sendo feito é que todo encaminhamento da APS seja com ficha de referência e contrarreferência (E21G).

Deste modo, a referência e contrarreferência não foi incorporada no cotidiano dos serviços de saúde, desde à APS até os demais níveis de atenção, o que

nos leva a pensar na precariedade dos sistemas de informação e comunicação existentes.

De acordo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) é responsabilidades da Atenção Hospitalar realizar contrarreferência e orientar o retorno dos usuários, em casos de alta, aos serviços de APS e/ou Atenção Especializada, bem como comunicar periodicamente aos municípios e às equipes de saúde a respeito dos usuários que estão em acompanhamento. Infelizmente essa contrarreferência da pessoa com DF não vem acontecendo no município, situação confirmada pela gestora E1 e observada por nós nos campos de estudo pesquisados.

Vemos na prática que a maioria dos serviços de APS não possui telefones, prontuários eletrônicos, computadores em rede nem sistemas de agendamento de consultas e exames informatizado. O meio mais utilizado para a referência e contrarreferência é através de formulários em papel que é entregue aos pacientes no momento do seu encaminhamento, levando a dificuldade da execução dessa lógica de organização do sistema.

Concordamos com Serra e Rodrigues (2010), que a situação encontrada nos serviços contribui para uma menor resolubilidade dos sistemas de saúde, provavelmente acarretando o agravamento desnecessário das condições de saúde de diversos usuários, piorando sua qualidade de vida, além de sobrecarregar as unidades de maior complexidade do SUS.

Notamos, assim, uma deficiência no que diz respeito às condições operacionais necessárias ao funcionamento do sistema de referência e contrarreferência entre o Centro de Referência, APS e os demais níveis de complexidade. O sistema de referência e contrarreferência inexistente vem refletir diretamente na integralidade, na produção do cuidado em saúde e na continuidade dos cuidados ofertados às pessoas com doença falciforme.

De acordo com Almeida (2015), a avaliação de gestores e usuários é sincrônica ao indicar a fragilidade dos processos de referência e contrarreferência. Essas tradicionais guias constituem-se como instrumentos conservadores e

burocráticos, insuficientes para a organização das redes de atenção à saúde com continuidade informacional e coordenação pelas equipes de APS.

A questão das demandas é um aspecto referido pelas E9G e E21G que interfere na articulação entre o Centro de Referência e a rede de serviços, diante da dificuldade que a rede possui em dar conta das necessidades de saúde das pessoas com DF.

[...] **a gente não atende a 100%**, mesmo porque nós trabalhamos com regulação e **nem sempre aquilo que a gente precisa a gente atende de imediato**, mas hoje eu digo que os pacientes falcemicos eles têm muito menos dificuldade para o atendimento do que os outros, porque no próprio Centro nós temos uma equipe multidisciplinar, como Hemo Pediatra, Hemato Adulto, o Neuro Pediatra, temos os exames, diagnósticos que são feitos na própria rede [...] então ele de uma certa forma tem o seu problema resolvido dentro do próprio serviço (E9G).

Como um todo **não consegue dar conta [...] então quando se trata de especialista aí nós temos uma demanda reprimida, sim**. Não temos o quantitativo de especialistas suficientes para dar conta das demandas identificadas pela equipe de Saúde da Família. Exames de laboratório, nenhuma dificuldade, **exames de alta complexidade tem, existe uma espera é claro** (E21G).

Vemos nestas falas que mesmo com todo avanço nas organizações da rede de assistência, ainda é incapaz para atender, de forma efetiva, as demandas dos usuários em geral, bem como dos que possuem a DF. Não podemos negar que as pessoas com DF do município de Feira de Santana, atualmente, conseguem acesso às especialidades disponibilizadas pelo serviço de forma mais rápida o que vem fazendo diferença significativa na vida dessas pessoas.

Contudo, quando se trata de necessidades que o Centro não oferece, esses usuários entram no sistema de regulação e de cotas e padecem na rede em busca da resolubilidade das necessidades atendidas, gerando uma demanda reprimida que poderá trazer danos ao seu processo de saúde-doença, tendo em vista a complexidade da doença falciforme.

Observamos na prática que os usuários sempre reclamavam da demora para realizar exames mais complexos e ou procedimentos. Muitos deles acabavam

desistindo dos exames ou procuravam a rede privada de serviços de saúde, mesmo, na maioria das vezes, sem a condição financeira.

Para Almeida (2013) o número de vagas para realização de exames complementares e de diagnósticos, bem como as consultas com especialistas é escasso e está muito além da demanda apresentada. Ou seja, o número de consultas é insuficiente perante as necessidades da população.

Sobre isso, Serafim e outros (2011) referem que a equipe profissional dos Centros de Referência Hematológicos não é suficiente para responder a todas as demandas clínicas apresentadas pelas pessoas com doença falciforme, doença crônica de variadas intercorrências e necessidades.

Diferentemente das falas das gestoras E9 e E21, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) é responsabilidade da regulação promover o acesso às ações e aos serviços de saúde de média e de alta densidade, necessárias ao cuidado integral das pessoas com DF, por meio das Centrais de Regulação ou de acordo com a pactuação local ou regional, garantindo a transparência e a equidade no acesso, em tempo oportuno, bem como o estabelecimento do fluxo de encaminhamento aos serviços de Atenção Especializada para o diagnóstico, o acompanhamento e o tratamento das diversas alterações específicas resultantes de eventos agudos ou relacionados com os danos crônicos dos órgãos.

A solicitação e necessidade de realização de exames complementares e diagnósticos e/ou marcação de consultas com especialidades, são outras dificuldades “gargalo” do sistema de saúde, segundo Almeida e outros (2014). Para estes, existe uma longa fila de espera devido à oferta insuficiente de cotas para as unidades de saúde, refletindo o descrédito perpetrado pelos usuários e trabalhadores, sendo que os primeiros acabam por procurar o serviço suplementar quando há condições para tanto, em busca de diminuir essa dificuldade.

A gestora E21 justifica a dificuldade de realizar exames de alta complexidade e consulta com especialista.

[...] vamos lembrar que as empresas conveniadas com o SUS participaram de um chamamento público, mas isso foi em 2010. **Então a tabela SUS é de 2010**, aí os empresários digamos assim, **as empresas conveniadas elas não vêm querendo mais com a tabela SUS**. Então isso vai **dificultando para a gente, tanto no exame, quanto na consulta com especialista** (E21G).

Vemos nesta fala que a demanda reprimida ocasionada pelo sistema de saúde acontece também por conta da tabela defasada de serviços que o SUS apresenta. A tabela foi de 2010 e não foram feitos ajustes até os dias atuais, sendo que já se passaram sete (7) anos da sua definição.

Diante dessa realidade, gestores, trabalhadores e usuários tornam-se “aprisionados” pelo sistema de cotas e regulação que não representa de fato as suas necessidades; ao contrário, é limitante, injusto e excludente, o que pode aumentar ainda mais os riscos e vulnerabilidades das pessoas com DF.

O financiamento do Sistema Único de Saúde é feito pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, conforme determina a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) que estabelece as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Contudo, diante da fala da gestora E21, as definições de preços a serem pagos pelos exames e especialidades estão defasadas o que acaba gerando dificuldade de prestação dos serviços pelas empresas conveniadas ao SUS para assistir essas demandas.

Sobre as dificuldades com a regulação dos serviços, citados pelas gestoras E9 e E21 para Serra e Rodrigues (2010), a regulação dos serviços é tarefa do gestor do sistema de saúde e envolve processos tais como: planejamento da oferta de ações e serviços com base nas necessidades de saúde da população; estabelecimento de responsabilidades e de metas quantitativas e qualitativas da atenção para as unidades de prestação de serviços dos diferentes níveis de complexidade; regulação da utilização dos serviços; monitoramento e avaliação dos resultados alcançados para as adequações dos processos de trabalho.

Os gestores têm uma responsabilidade na regulação e definição de cotas para os serviços de saúde, e, conseqüentemente, na manutenção da organização dos

sistemas. Outrossim, ao se desenvolver a rede de assistência, é preciso garantir que o sistema permita o acesso do usuário em todos os níveis de prevenção, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados necessários para a manutenção da sua saúde.

A abordagem da integração dos sistemas e redes de saúde, de acordo com Serra e Rodrigues (2010), envolve diversos aspectos interrelacionados, tais como: a regulação dos serviços; processos de gestão clínica; as condições de acesso aos serviços; os recursos humanos; os sistemas de informação e comunicação e o apoio logístico.

O papel complementar dos diferentes níveis de atenção à saúde de acordo Giovanella (2003), remete ao conceito da integralidade, entendida como a garantia do direito de acesso dos usuários às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade, com fluxos ou percursos definidos e organizados de forma a assegurar a continuidade dos cuidados em unidades localizadas o mais próximo possível das pessoas. E, é justamente a garantia desse fluxo, regulação e cotas que precisam estar definidos na rede para atenção à pessoa com DF, na busca da produção do cuidado em saúde.

Sobre as Policlínicas do município, que se constituem como serviço da rede de atenção às urgências e emergências à pessoa com DF, a gestora E1 faz uma ressalva.

Precisa melhorar? **Precisa.** Aonde mais? **Na atenção de urgência e emergência.** A gente sabe que a política ela inviabiliza a questão do profissional, que **a gente capacita o profissional que hoje está, mas amanhã ele não está mais,** e quando aquele outro entra a gente precisa capacitar novamente, então é um trabalho de formiguinha. Então quando a gente ouve de um paciente que ele entrou em crise, e ele estava dentro de uma unidade de urgência e emergência, seja uma policlínica, em uma UPA, **a gente sabe que a deficiência ainda é grande, os médicos ainda não prestam tanta atenção, não prestam esse cuidado** [...] (E1G).

É perceptível nesta fala que os serviços de urgência e emergência das Policlínicas e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município de Feira de Santana apresentam deficiências relacionada à atuação competente dos profissionais de saúde no cuidado das pessoas com DF, especificamente os médicos, sendo

agravada pela frequente rotatividade desse profissional na rede, onde a equipe é treinada e em seguida substituída, ocasionando o trabalho de “formiguinha” como mencionado pela gestora E1.

A rotatividade dos profissionais da rede municipal é considerada um grande entrave para a melhoria da assistência ofertada aos usuários com doença falciforme, já que eles são capacitados e substituídos posteriormente, situação que não promove a longitudinalidade cuidado e não favorece a formação de vínculos entre usuário-profissional de saúde.

Observamos nos campos de estudo, vários equívocos no cuidado às pessoas com DF, principalmente, nas unidades de maior complexidade, Instituição C e D, o que vem convergir com a fala da gestora E1. Esses equívocos também foram mencionados pelos usuários da APS e já discutidos neste estudo.

Embora a DF não tenha cura, segundo Ferreira (2012), uma assistência em saúde adequada para as especificidades dessa população pode promover maior chance de sobrevivência, bem como qualidade de vida à população alvo e suas famílias. Destarte, é importante a capacitação dos profissionais da área da saúde para que haja menor taxa de morbimortalidade e melhor qualidade de vida das pessoas com doença falciforme (SERAFIM et al., 2011).

Sobre as capacitações da rede de atenção, as gestoras E1 e E9 referem que todos os anos capacitam os profissionais dos serviços, bem como usa a imprensa como meio de divulgação do Centro de Referência.

Dentro da própria capacitação da rede, **todos os anos a gente capacita. A gente capacita o NASF, que é uma equipe interdisciplinar, capacita todas as Enfermeiras, Agentes Comunitárias de Saúde**, com qual proposta? A proposta é falar da doença falciforme, é falar desse serviço que existe aqui em Feira de Santana, divulgar, **então a gente usa a imprensa, telejornal, a gente usa a imprensa via rádio (E1G).**

[...] inclusive, **todos os profissionais da rede tiveram treinamento ano passado e a gente vai fazer um novo treinamento agora esse semestre** e todos já estão avisados que a partir do momento que for detectado qualquer traço falcêmico, até mesmo no teste do pezinho que é um exame que também colabora para isso, são todos encaminhados para o programa. **Então essa articulação, os Agentes Comunitários, quando eles percebem na área de abrangência qualquer paciente que tenha sinais ou que já foram**

diagnosticados e que não conheçam o Centro eles já são encaminhados para lá (E9G).

Vemos nestas falas que as capacitações acontecem dentro da rede, abrange outros profissionais da equipe, além de médicos e enfermeiros, sendo organizada pela equipe do Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme.

Durante a pesquisa tivemos a oportunidade de participar da capacitação da rede para os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) da APS, que aconteceu na Secretaria Municipal de Saúde do município de Feira de Santana, em setembro de 2017. Nesta oportunidade, discutimos sobre aspectos relacionados a fisiopatologia da doença, bem como a importância da relação usuário-profissional na busca da produção do cuidado em saúde e na sua integralidade.

A capacitação aconteceu nos dois turnos (manhã e tarde) e teve participação efetiva dos profissionais da rede de atenção primária, proporcionando um espaço de discussão e sensibilização para doença falciforme, seus riscos e vulnerabilidades. Na oportunidade, inclusive, fomos entrevistadas e a entrevista divulgada em site oficial da prefeitura, a fim de noticiar informações para sociedade em geral sobre o impacto da doença falciforme para a saúde pública, e consequentemente à pessoa com DF, familiares e população.

A respeito da educação à população, ressaltamos, que as capacitações promovidas devem ir além dos aspectos biológicos e técnicos da doença falciforme; é preciso (re) pensar as ações de educação em saúde, com foco nas singularidades de cada usuário e sua família, para que se tenha sucesso na minimização dos impactos da doença e na promoção da qualidade de vida, bem como abordar a importância de uma atenção centrada no usuário e nas suas necessidades de saúde.

Dessa maneira, é imprescindível procurar superar a concepção de educação profissional tecnicista, na qual a fragmentação entre teoria e prática reduz o ensino às tarefas no exercício profissional. É preciso situá-la nas dimensões histórica, social e cultural, reestabelecendo, assim, as relações fundamentais para a

produção do cuidado em saúde, balizados no acesso, vínculo, acolhimento e resolubilidade.

Ao analisarmos a fala anterior da gestora E9 sobre a organização do fluxo das pessoas com DF na rede, é necessário que antes do ACS encaminhar a pessoa com suspeita da doença falciforme ou com diagnóstico diretamente para o serviço de referência do município, ela precisa passar na USF do seu bairro; ser atendido por um profissional de saúde e, após essa avaliação, ser encaminhado com a ficha de referência para o serviço especializado (Centro de Referência). Porém, para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), as unidades de atenção primária precisam ter o controle das pessoas com doença falciforme da sua área, além de manter atualizado o cadastro desses usuários na própria unidade.

Enfim, diante de todas as situações aqui apresentadas sobre a articulação do Centro Municipal de Referência à Pessoas com Doença Falciforme com os outros serviços de saúde para a produção do cuidado em saúde, podemos dizer que é notório a melhoria da atenção após a inauguração de um serviço especializado na cidade para atender especificamente às pessoas com DF, já que foi a partir do Centro que iniciou o processo de capacitação e organização da rede para esses usuários aqui no município.

Contudo, se faz necessário uma melhor estruturação do Centro, tanto na parte física, na busca da garantia da privacidade e melhor conforto aos usuários, quanto na aquisição de tecnologia da informação para organizar melhor o serviço, viabilizar pesquisas e os planejamentos das ações.

Por conseguinte, se torna complexo se constituir uma rede de atenção às pessoas com doença falciforme, integral e equânime, já que necessita da articulação de todos serviços, envolvendo a gestão, profissionais de saúde e participação popular, sendo a organização dessa rede um dos maiores desafios a serem vivenciados atualmente. Assim, ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada às pessoas com DF, tendo em vista que elas precisam ser

cuidadas e ser foco de políticas que contemplem e considerem as suas necessidades de saúde e que tenha como objetivo final a produção do cuidado em saúde.

6 SÍNTESE DO ESTUDO

A APS é considerada como uma estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, e precisa estar organizada para atender as necessidades de saúde da população numa perspectiva diferenciada do modelo tradicional. Por este motivo, defendemos a produção do cuidado em saúde, aquela concebida numa lógica centrada na pessoa, balizada na interrelação entre usuário-profissional de saúde que busque não apenas atender as demandas, mas que também seja demarcada pelo acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade.

Para analisarmos a produção do cuidado em saúde na APS à pessoa com DF nas dimensões institucionais e técnicas, inicialmente, discutimos a concepção do processo saúde-doença traduzidos pelos usuário e profissionais de saúde e o processo de trabalho em saúde desses profissionais. Tal discussão ampliada contribuiu de forma significativa para análise da produção do cuidado integral à pessoa com DF na APS, numa perspectiva de buscar mudanças no processo de trabalho, bem como a incorporação de novos saberes e práticas no pensar e agir em saúde.

A concepção do **processo saúde-doença** trazida pelos os usuários, limitou-se a ausência de doença, boas condições de higiene, numa supervalorização dos medicamentos e do profissional médico. É notória a inexistência de uma noção crítica a respeito dos conceitos de saúde, ao limitar e focalizar na doença e na intervenção curativa, fundamentado na prática biologicista, no modelo biomédico do processo saúde-doença e na medicalização social.

A respeito dos sentidos e significados dados pelos profissionais de saúde sobre saúde e doença há uma convergência com os usuários mediante a concepção biologizante, no equilíbrio da homeostasia, dos aparelhos e das funções do corpo, apesar de referirem outros aspectos que influenciam esse processo como moradia, condições financeiras, alimentação e outros.

Por sua vez, é importante que usuários e profissionais de saúde compreendam a dimensão dos aspectos que envolvem o processo de saúde-doença

numa abordagem ampliada de saúde que engloba os aspectos determinantes, riscos e vulnerabilidades social, uma vez que tal compreensão pode influenciar as relações construídas no cotidiano de trabalho e as práticas em saúde.

Sobre o **processo de trabalho** os profissionais de saúde conceberam o **objeto** de trabalho a partir de três ideias: a concepção de objeto às pessoas e família, formação e prática de trabalho (assistência) e às necessidades de saúde das pessoas.

A compressão do objeto de trabalho pelos profissionais de saúde é necessária, tendo em vista que esse objeto pode direcionar o cuidado em saúde às necessidades demandadas pelas pessoas, que muitas vezes não estão, necessariamente, vinculadas a questões biológicas ou médicas.

Outrossim, profissionais de saúde percebem a **finalidade** do trabalho em saúde relacionada a qualidade de vida e cuidado, a questões técnicas e fragmentadas da área de atuação de cada profissional e ao conforto e satisfação do usuário. Como vimos, apesar de alguns profissionais de saúde relacionarem a finalidade do trabalho com aspectos que envolvem o cuidar em saúde, outros possuem uma prática tecnicista, reducionista, direcionada em procedimentos e fragmentação do cuidado.

Dentre os **instrumentos** de trabalho compreendidos como os saberes e os materiais necessários à produção do cuidado, os profissionais de saúde referiram as tecnologias duras e leve-duras representadas pelas máquinas e conhecimento e as leves como carinho, acolhimento, incentivo ao autocuidado e à escuta qualificada utilizadas no processo de trabalho, apesar de dois profissionais de saúde mencionaram apenas os recursos materiais (tecnologia-dura) como instrumento de trabalho, mostrando que muitas vezes o profissional valoriza mais os equipamentos e as máquinas utilizadas no trabalho do que o acolhimento, os conhecimentos e as relações humanas para com o usuário.

A respeito das **atividades/ações** do processo de trabalho em saúde desenvolvido no cotidiano dos serviços de saúde estudados, os profissionais citaram a atividade assistencial, caracterizada com ações focadas nas tecnologias leve como acolhimento, escuta, conversa e tecnologias leve-dura na avaliação de exames,

reeducação alimentar, orientação à família e encaminhamentos. As atividades educativas são frágeis enquanto ação do dia a dia, ficando explícito a supervalorização pelas técnicas e procedimentos, bem como a percepção do usuário de forma fragmentada sobre a doença falciforme para o seu enfrentamento.

Entendemos que esta é uma realidade encontrada que precisa ser mudada, revista e incorporada, sustentada nas ações educativas direcionadas à, particularmente, profissionais atuantes nos serviços específicos na produção do cuidado à DF, tendo em vista, inclusive, pela complexidade da doença e seus riscos. Por conseguinte, reforçamos que esses profissionais precisam orientar os usuários com DF e suas famílias no sentido de garantir a manutenção da promoção e prevenção da saúde, agravos e incentivo ao autocuidado.

Foi unânime entre os profissionais de saúde que a equipe como um todo, é considerada o agente do trabalho; mas, muitas vezes, essa equipe é insuficiente ou incompleta para realização dos cuidados, fragilizando as ações em saúde, bem como gerando sobrecarga da equipe por déficit de funcionário. Contudo, apesar dessas dificuldades, é destacada a importância da equipe de enfermagem nos serviços de saúde, sendo referenciada como essencial, “faz o trabalho acontecer”.

A produção do cuidado em saúde à pessoa com DF na APS neste estudo, teoricamente, é assumida pelas tecnologias leves, por nós demarcadas pelo acesso, acolhimento, vínculo, resolubilidade, tendo a formação profissional, corresponsabilização e integralidade. Por conseguinte, a análise desses aspectos envolveu a organização dos serviços, equipe de trabalho e como acontece a prática da produção do cuidado em saúde no cotidiano das unidades pesquisadas.

Sobre o **acesso** dos usuários com DF na APS, ficou evidente a invisibilidade da APS por parte dos usuários, com a procura de atendimento nos outros níveis de assistência, mesmo não sendo essa a indicação muitas vezes. Várias barreiras foram encontradas pelas pessoas com DF ao acessarem o serviço, levando-os a procurarem atendimento em outros espaços na busca da resolução das suas necessidades de saúde. Assim, ficou explícito a fragilidade da APS tanto em se

constituir como porta de entrada preferencial no sistema, quanto em oferecer uma atenção à saúde resolutiva.

Para além do acesso aos serviços de saúde, a produção do cuidado em saúde abrange a forma como é acolhido, por entender que o **acolhimento** é um dispositivo capaz de ampliar o acesso aos serviços e fortalecer as relações usuários-profissionais de saúde na busca de atender as necessidades das pessoas.

Todavia, neste estudo ficou evidente que o acolhimento dispensado às pessoas com DF na APS é restrito na maneira como é recebido. Talvez, uma fragilidade consequente da sobrecarga de trabalho dos profissionais e ou, até mesmo, pelo desconhecimento das pessoas por parte da equipe.

Os profissionais de saúde da APS, muitas vezes, desconhecem as características epidemiológicas da sua população adscrita o que leva à dificuldade de identificação desse usuário com DF na rede. Ressaltamos, que a Instituição A foi considerada como de ‘qualidade’ pelos usuários, uma vez que se ‘sentem satisfeitos’ com o atendimento dispensados a eles, o que também foi observado pelas pesquisadoras no campo de estudo.

A formação de **vínculo** entre usuário e equipe é relevante para a produção do cuidado em saúde na medida que possibilita estabelecer relações de confiança entre equipe, usuário e população.

No entanto, foi perceptível neste estudo que a APS não consegue estabelecer relações de vínculo com às pessoas com DF devido a rotatividade profissional, e os “equivocos” no tratamento da doença (inclusive observados por nós), os quais poderão influenciar na falta de confiança no serviço, bem como a pouca procura das unidades pelos usuários com DF. Notamos que apenas a Instituição A é referenciada pelos usuários como promotora de vínculo, guiadas pelas relações de carinho, amizade, confiança e corresponsabilização.

A respeito da **resolubilidade** é visível as limitações/dificuldades que a APS possui para a resolubilidade aos problemas demandados às pessoas com DF, se

restringindo a encaminhamentos para outros níveis de atenção, não percebendo os diversos problemas de saúde demandados por essas pessoas.

Deste modo, podemos considerar que os serviços de atenção primária pesquisados possuem baixa resolubilidade às necessidades dos usuários com DF, tendo como dificuldades, a invisibilidade da APS, a falta de suporte por parte da gestão municipal, a alta rotatividade profissional e o pouco compromisso dos mesmos, caracterizada numa produção do cuidado fragmentada e com deficiência de pessoal de saúde.

Frente a análise feita sobre a **produção do cuidado em saúde** na APS é nítido que as práticas de cuidado em saúde ainda se encontram fragmentadas, focalizadas e com a porta de entrada preferencial do SUS “invisível” para os usuários com DF. Além de, não estarem balizadas pelo acesso dos serviços, acolhimento, vínculo, resolubilidade e corresponsabilização na busca de um cuidado integral capaz de atender as necessidades de saúde dessas pessoas.

Neste sentido, acreditamos que seja necessária uma melhor estruturação das ações na APS para DF, bem como a (re) construção de um modelo de atenção à saúde centrado no usuário e em suas necessidades, capazes de promover autonomia e autocuidado em seu processo saúde doença, uma vez que as pessoas com DF podem ter inúmeras vulnerabilidades e risco que venham dificultar a manutenção da sua qualidade de vida.

A valorização da Educação Permanente para doença falciforme para os profissionais de saúde, tendo em vista o desconhecimento dos profissionais de saúde, de uma maneira geral, na condução do cuidado das pessoas com DF, inclusive também o desconhecimento dos seus familiares, além de uma assistência sem integralidade e fragmentada, muitas vezes propícia a quebra de vínculo, a dificuldade de acesso, a não corresponsabilização, o que vem a favorecer a baixa resolubilidade nos serviços.

Consequentemente, mediante a **desarticulação estabelecida entre o CMRPDF e os serviços de saúde** na produção do cuidado à pessoa com doença

falciforme, fica evidente que a vulnerabilidade dessas pessoas poderá estar atrelada às diversas fragilidades e invisibilidades do sistema de saúde, o que vem a dificultar a produção do cuidado em saúde para os usuários com doença falciforme.

Ademais, dentre as fragilidades encontradas na articulação do Centro com outros serviços citamos as dificuldades para realizar exames com alta densidade tecnológica e/ou procedimentos outros não encontrados nos serviços ou limitados devido sistema de cotas e regulação insuficientes para a demanda apresentada; a falta de articulação e comunicação dos serviços de APS e demais níveis de assistência; o sistema de referência e contrarreferência incipiente ou inexistente; a alta rotatividade profissional que dificulta o processo de capacitação dos mesmos; o serviço de urgência e emergência despreparados no atendimento à pessoas com DF; os recursos financeiros restritos para manutenção e ampliação do serviço; a invisibilidade da doença nos planos municipais e o relatório de gestão incompleto ou até mesmo sem traduzir a realidade da situação de saúde .

Particularmente, frisamos a dificuldade quanto à restrição de recursos financeiros para funcionamento do CMRPDF, pois tivemos oportunidade de observá-la que esta é um aspecto limitante e preocupante, já que a demanda de usuários é crescente, e, conseqüentemente, ocorre aumento dos gastos, surgindo novas necessidades que precisam de investimentos. Outrossim, destacamos que apesar dele ser municipalizado, até então não há contrapartida estadual e federal, o que pode estagnar o serviço ou colocá-lo em risco.

Enfim, este estudo trouxe algumas dificuldades e desafios existentes tanto da organização da APS quanto da rede de serviços para a produção do cuidado à pessoa com doença falciforme. Esperamos, a partir da realidade mostrada, que haja mudanças efetivas na transformação das práticas de saúde, com o envolvimento de usuários, profissionais de saúde e gestores, no sentido de promover uma melhor qualidade de vida para essas pessoas, tendo como baliza a prática do cuidado integral, resolutivo e equânime, na busca efetiva da produção do cuidado em saúde na DF.

Todavia, sabemos que para inverter a lógica de se produzir saúde/cuidado no cotidiano do SUS, é fundamental ampla discussão sobre a APS e a articulação da rede para DF, mudança no pensar e no agir em saúde, bem como a sensibilização de profissionais de saúde e gestores diante da realidade evidenciada nesta pesquisa, no intuito de contribuir com uma outra forma de efetivar a produção do cuidado em saúde à pessoa com DF.

Por conseguinte, a partir da análise feita nesta pesquisa, sugerimos:

- reorganização da APS, frente ao controle efetivo, acesso, cadastro e cuidado às pessoas com DF;
- a APS focada nas necessidades de saúde dos usuários com DF, orientados por uma prática usuário centrada com valorização e reconhecimento do uso das tecnologias leves e leve-duras, com o objetivo de minimizar a invisibilidade da APS para às pessoas com DF.
- melhor estruturação do CMRPDF para garantir mais privacidade e melhor atendimento às pessoas com DF, bem como informatização do serviço, uma vez que poderá facilitar a organização, planejamento das ações e análise epidemiológica do perfil dos usuários cadastrados.
- organização, planejamento e implementação de Linhas de Cuidado e da RAS para pessoa com DF no município, que busque a garantia de acesso aos serviços dos diversos níveis de atenção, como fluxos e contrafluxos estabelecidos, serviço de referência e contrarreferência efetivos que consigam atender as necessidades de saúde demandas pelas pessoas com DF.
- estruturação de uma Política de Educação Permanente no Município voltada para doença falciforme, devido a insegurança e “equivocos” dos profissionais de saúde frente ao cuidado ofertado à essas pessoas, no intuito de “conhecer para cuidar”.

REFERÊNCIAS

- ABREU-DE-JESUS, W. L.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, jan. 2010.
- ADEGBOLA M.A. Spirituality, Self-Efficacy, and Quality of Life among Adults with Sick Cell Disease. **South Online J Nurs Res**.v. 11, n.1, p. 1-16, 2011.
- ALMEIDA P. S. A. Diálogos em busca de coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário? In: Almeida P, Santos A, organizadores. **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde**. Salvador: EDUFBA; p. 277-303, 2015.
- ALMEIDA, M. V. G. et al. Acesso na atenção à Saúde da Família em dois cenários do Nordeste do Brasil: fluxos organizativos e modelos In: ASSIS, M. M. A; ALMEIDA, M. V. G. (Orgs) **Acesso aos serviços e tecnologias no Sistema Único de Saúde**: abordagens teóricas e práticas. Feira de Santana: UEFS Editora, 2014.
- ALMEIDA, M. V. G. **Acesso aos serviços de saúde na atenção à Saúde da Família em dois cenários da Bahia, Brasil**: organização, modelo e participação social. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 125p, 2013.
- ALMEIDA, F. N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista de Administração Pública**. v. 34, n. b, p.11-34, 2000.
- ALVES-MAZZOTTI, A.J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas Ciências Naturais e Sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2 ed., São Paulo: Pioneira, 2000.
- ALVES, R.J.C. **Aspectos epidemiológicos da doença falciforme e sua distribuição espacial em Feira de Santana no ano de 2010 e 2012**. 2012. 79 f. Dissertação (Mestrado em Modelagem em Ciências da Terra e do Ambiente) /Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2012.
- AMARAL, Júlia Lamese, et al. Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de adultos com doença falciforme. **Rev. Rene**. v. 16, n. 3, p.296-305, maio-jun., 2015.
- ARAUJO, Paulo Ivo C. O autocuidado na doença falciforme. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São José do Rio Preto , v. 29, n. 3, p. 239-246, Set. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842007000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de jul. de 2016.
- ARAUJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, abr. 2007 .

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 ago. 2017.

ARAUJO, E. M, et al. Atuação de um núcleo de pesquisa e extensão junto à população com doença falciforme na segunda maior cidade do estado da bahia. **Rev. Extendere**, Rio Grande do Norte, v. 2, n. 1, p .48-69, jul.- dez. 2013.

ASSIS, Marluce Maria A. e outros. (coord). **Avaliação da Atenção Primária à Saúde**: construção do modelo de análise. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, fev. 2016 (projeto de pesquisa).

ASSIS, M.M.A. Redes de Atenção à saúde e os desafios da Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre o cenário da Bahia. In: Almeida, Patty Fidelis; Santos, Adriano M; Souza, Mariluce, K. B. (Org.) **Atenção Primária à saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde**. Salvador: Edufba, 2015, p. 45-64.

ASSIS, Marluce M.A, et al. **Projeto de pesquisa**: acesso com qualidade aos serviços de saúde na Estratégia Saúde da Família em dois cenários da Bahia, Feira de Santana/ Bahia, 2011 (projeto de pesquisa).

ASSIS, Marluce Maria Araújo; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do e outros. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família**: olhares analísadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, 2010.

ASSIS, M, M, A.; JORGE, M. S. B. **Métodos de análise em pesquisa qualitativa**. In: SANTANA, J. S. da S.; NASCIMENTO, M. A. A. DO (Org.). Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana, BA: UEFS Editora, p. 139-159, 2010.

ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S; NASCIMENTO, M.A.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

BAHIA. Secretaria do Estado da Bahia/ SESAB. Hospital Estadual da Criança (HEC). Feira de Santana, 2016. **Site oficial** < <http://www.saude.ba.gov.br/hec/>> acesso em 09 de jun., 2016.

BAPTISTA, T. W. F.; FAUSTO, M.C.R.; CUNHA, M.S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis**. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1007-1028, 2009.

BARSAGLINI, Reni Aparecida; PAZ, Késia Marisla da; LEMOS, Patricia Lima. Qualidade de vida e cuidado às pessoas com doença falciforme. **Interface**, v. 19, n. 52, p. 195-200, mar. 2015.

BATISTA, C. B. K; GONÇALVES, J. S.O. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011.

BECK C.L.C., MINUZI, D. O Acolhimento como proposta de reorganização da Assistência à saúde: Uma Análise Bibliográfica. **Saúde, Santa Maria**, v. 34a, n. 1-2, p. 37-43, 2008.

BRASIL. Ministério de Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **PORTARIA Nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política Nacional de Atenção Básica. Diário oficial da união, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Doença falciforme: **diretrizes básicas da linha de cuidado**. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados. **Doença falciforme e atenção e cuidado**: a experiência brasileira 2005-2010, Brasília; Ministério da Saúde, 2014a, 79 p. Livrolilus.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Doença falciforme**: o que se deve saber sobre herança genética / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. CONEP. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 de junho de 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Planejamento estratégico do Ministério da Saúde**: 2011 – 2015: resultados e perspectivas / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da 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, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011a.

BRASIL. Ministério de Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **PORTARIA Nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a política Nacional de Atenção Básica. Diário oficial da união, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010a; 31 dez.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico brasileiro 2010**. Feira de Santana: IBGE, 2010b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2013/default.shtm>>. Acesso em: 25 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados. **Linha de cuidado em doença falciforme**. Brasília; Ministério da Saúde; 36 p., 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da População Negra. **Programa de Atenção Integral às pessoas com doenças falciformes e outras hemoglobinopatias da cidade de São Paulo**. São Paulo; Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de Educação em Saúde. Autocuidado na Doença Falciforme**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS - Uma Construção Coletiva** – Instrumentos Básicos – vol. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual da anemia falciforme para a população** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. **Determinantes Sociais da Saúde ou Por Que Alguns Grupos da População São Mais Saudáveis Que Outros?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: <www.determinantes.fiocruz.br>. Acesso em 01 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.391/GM de 16 de agosto de 2005. Que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:<[Http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica_nacional_saude_populacao_negra](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica_nacional_saude_populacao_negra)>. Acesso em: 01 de jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ ANVISA. **Manual de diagnóstico e tratamento de doenças falciformes**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 822, de 6 de junho de 2001. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal/PNTN. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p.33, col. 2, 7 jun. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 96**. Brasília: MDS, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 951, de 10 de maio de 1996. Institui grupo de trabalho com a finalidade de elaborar o Programa Nacional de Anemia Falciforme. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p.3393, col. 2, 13 maio 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS — Doutrinas e princípios**. Brasília: 1990.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde**. Projeto Promoção da Saúde. Distritos sanitários: concepção e organização o conceito de saúde e do processo saúde-doença. Brasília. Ministério da Saúde, 1986a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986b.

CALVO-GONZÁLEZ, Elena. Biotecnologias de baixa complexidade e aspectos cotidianos do “cuidado”: a triagem neonatal e a detecção da doença falciforme no Brasil. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz v.23, n.1, jan.-mar. 2016, p.79-94.

CAMELO, S.H.H. et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-am. Enfermagem**.v.8, n. 4, p.30-7, 2000.

CAMPOS, C.M.S.; MISHIMA S.M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cad Saúde Pública**. v 21,n. 4, p.1260-8, 2005. Disponível em< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400029&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso 10 ago. 2017.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.569- 584, 2003.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; p. 29-87, 1997.

CANCADO, Rodolfo D.; JESUS, Joice A. A doença falciforme no Brasil. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**. São José do Rio Preto, v.29, n.3, p. 203-206, set. 2007.

CARVALHO, S.R, CAMPOS G.W.S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad Saúde Pública** v. 16 p. 507-15, 2000.

CARVALHO, Ana Luiza de Oliveira. **Qualidade de vida de mulheres negras com anemia falciforme: implicações de gênero**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) / Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

CARVALHO, Elvira Maria Martins et al., Doença falciforme nas pesquisas em enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev. Baiana Enferm**; v. 29, n. 1, 2015.

CARVALHO, Suzana Cardoso et al. **Em busca da equidade no sistema de saúde brasileiro: o caso da doença falciforme**. Saúde Soc., São Paulo, v. 23, n. 2, p. 711-718, Jun. 2014.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; p.117-129, 2009.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul-set, 1997.

CHAGAS, H. M.A; VASCONCELOS, M.P.C . **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.2, p.377-388, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a10.pdf>> Acesso em 01 set. 2017.

CIAMPONE, Maria Helena Trench; PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 53, n. spe, p. 143-147, Dez. 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 out. 2016.

COELHO, T. C. B. Processo de Trabalho em Saúde. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**. v.1, n.1, p.121-127, 2002.

CORDEIRO, Rosa Cândida. et al. Itinerários terapêuticos de pessoas com anemia falciforme face às crises dolorosas. **Rev. Enferm. UERJ**; v. 21, n. 2, p. 179-184, abr.-jun. 2013a.

CORDEIRO, Rosa Cândida. **Experiência do adoecimento de mulheres e homens com doença falciforme**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Escola

de Enfermagem, Salvador, 2013b. 238 f.

COSTA, Juliana Pessoa et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, Dez. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400733&lng=en&nrm=iso>. Acesso 14 set. 2017.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press; 2003.

FARIA, H. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, Coopmed, 2009. Disponível em <<file:///C:/Users/Usuario/Desktop/processo%20de%20trabalho%20em%20sa%C3%BAdade/processo%20de%20trabalho%20em%20sa%C3%BAdade.pdf>>. Acesso em 03 de ago de 2017.

FAUSTO, M.C.R. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde**: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira. 2005. 261p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D'Andrea. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, v. 4, p. 43-67. 2007.

FEIRA DE SANTANA. Bahia. Secretaria Municipal de Saúde. **Atenção Básica de Saúde**. Feira de Santana/BA, 2017a. (Doc. 5).

FEIRA DE SANTANA. Bahia. Secretaria Municipal de Saúde. Prontuários dos Usuários dos Serviços (PUS). Feira de Santana-BA, 2017b. (Doc. 4).

FEIRA DE SANTANA. Bahia. Secretaria Municipal de Saúde. **Atenção Básica de Saúde**. Feira de Santana/BA, 2016a.

FEIRA DE SANTANA. Bahia. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatórios de Gestão 2016b**. Feira de Santana-BA, 2016b (Doc.3).

FEIRA DE SANTANA. Bahia. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014- 2017**. Feira de Santana-BA, 2014 (Doc. 2).

FEIRA DE SANTANA. Bahia. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo do Enfermeiro (a) da Atenção Básica**. Feira de Santana, 2015 (Doc. 6).

FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Feira de Santana-BA, 2010 (Doc. 1).

FERNANDES, F. **Dicionário de sinônimos e antônimos da língua portuguesa**. São Paulo: Globo, 2005.

FERRAZ, Sabrine Teixeira. Acompanhamento clínico de crianças portadoras de anemia falciforme em serviços de atenção primária em saúde. **Rev. Méd. Minas Gerais**; v. 22 n. 3, set. 2012.

FERREIRA, M. C. B. **Doença falciforme**: um olhar sobre a assistência prestada na rede pública estadual: Hemocentro Regional de Juiz de Fora. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2012. Disponível em: < <http://www.ufjf.br/pgsaudecoletiva/files/2013/03/DOEN%C3%87A-FALCIFORME-UM-OLHAR-SOBRE-A-ASSIST%C3%8ANCIA-PRESTADA-NA-REDE-P%C3%9ABLICA-ESTADUAL-Hemocentro-regional-de-Juiz-de-Fora.pdf> >. Acesso em: 10 ago. 2016.

FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. A. (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 1999.

FRANCO, T. B. **Prefácio**. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. p: 13-16. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FREIRE RC. **As ações programáticas no projeto saúde todo dia**: uma das tecnologias para a organização do cuidado [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2005.

GADAMER H. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes;1999.

GAMBA, M.A.; TADINI, A.C.O. **Processo Saúde-Doença**. Mimeografado, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed., São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed., São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-81, 2006.

GIOVANELLA, L.; STEGMULLER K. Tendências de reformas da Atenção Primária à saúde em países europeus. In: ALMEIDA, F. P.; SANTOS, M. A; SOUZA, M.K.B. (org.). **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde**. Salvador, Edufba, p. 19-44, 2015.

GIOVANELLA, L., et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 951-963, 2006.

GIOVANELLA, L., et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para a avaliação. **Saúde em Debate**, v.60, n 26, p. 37-61, 2003.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: ELBENSCHUTZ, C. **Política de Saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 177-198, 1995.

GOMES R, Souza ER, MINAYO MCS, MALAQUIAS JV, SILVA CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO MCS, ASSIS SG e SOUZA ER, (org). **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 185-221, 2005.

GOMES, L. M. X., et al. Acesso e assistência à pessoa com anemia falciforme na Atenção Primária. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 4, p. 348-355, ago. 2014 .

GOMES, L. M. X., et al. Knowledge of family health program practitioners in Brazil about sickle cell disease: a descriptive, cross-sectional study. **BMC Family Practice, London**, v. 12, n. 89, p. 1-7, 2011.

GUALDA, D.M.R.; BERGAMASCO R.B. **Enfermagem e cultura e o processo Saúde Doença**. São Paulo: Ícone, 2004.

HABERMAS J. **Dialética e Hermenêutica**. Porto Alegre: LPM; 1987.

HOSPITAL DOM PEDRO DE ALCÂNTARA- HDPA. Feira de Santana, 2016. **Site oficial** < <http://www.hdpa.com.br/hospital.php>> acesso em 10 de jun., 2016.

HUBER, M. et al. How should we define health? **British Medical Journal**, London, n. 343, p. d 4163, 2011.

JUNQUEIRA LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000.

KIKUCHI, Berenice A. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São José do Rio Preto , v. 29, n. 3, p. 331-338, Sept. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842007000300027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 de junho de 2016.

LAGUARDIA, Josué. No fio da navalha: anemia falciforme, raça e as implicações no cuidado à saúde. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 243-262, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2006000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 de junho de 2016.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade e. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 Jun. 2016.

LOUREIRO, M. M.; ROZENFELD, S. Epidemiologia de internações por doença falciforme no Brasil. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, ano 39, n.6, p. 943-949, 2005.

MATTA, G.C.; MOROSINI, M.V.G. Atenção primária à saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 23-28, 2008.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde, 2011.

MENDES, E. V. Entrevista - O SUS e a Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, jul./dez. 2005.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo: São Paulo, 4. ed., Hucitec. 2014.

MERHY, E. E; FRANCO, T.B. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. . Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>>. Acesso em 02 jun. de 2016.

MERHY, E. E. **Um dos grandes desafios para os gestores do SUS**: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E. et al. O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, p.15-36, 2006.

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde**: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Mehry, E. E. et al (Org.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, p. 103-120, 1998.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2010.

MOSCOVICI F. **Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano**. Rio de Janeiro: José Olympio; 1999.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. v.1, n.3, p.44-57, set. /dez., 2004.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca**. Genebra: OMS, 2008. Disponível em < http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf> acesso em 01 de jul. 2016.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ UNICEF. **Primary Health Care – Report of the International Conference on PHC, Alma -Ata, USSR, 6-12 Sept.1978**. Disponível em< http://prosaude.org/pub/diversos/Declaracoes_e_carta_portugues.pdf> .Acesso em 02 de jul., 2016.

PAIM, J.S. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil**. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L.V.C et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Cap. 15, p.547-574, 2008.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processo de trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em 02 de agosto de 2017.

PEDUZZI, M.; Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**; v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PIRES, D.E.P. **Reestruturação produtiva e trabalho em Saúde no Brasil**. 2nd ed. São Paulo: Annablume; 2008.

RAMALHO, A. S.; MAGNA, L. A.; SILVA, R. B. P. **Portaria nº 822/01** do Ministério da Saúde e as peculiaridades das hemoglobinopatias em saúde pública no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1195-1199, 2003.

RODRIGUES, C. S. S. **Caracterização das pessoas assistidas em um Centro de Referência em Doença Falciforme**. 94 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2017.

SANTANA, Camila Araújo; CORDEIRO, Rosa Cândida; FERREIRA, Silvia Lúcia. Conhecimento de enfermeiras sobre educação para o autocuidado na anemia falciforme. **Rev. Baiana Enferm**; v. 27, n. 1, p. 4-12, jan.-abr., 2013.

SANTOS, Pâmella Naiana Dias dos. et al.. Anemia falciforme: caracterização dos pacientes atendidos em um ambulatório de referência. **Cogitare Enferm.**; v. 19, n. 4, p. 785-793, out.-dez., 2014.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A; RODRIGUES, A. A. A. O; NASCIMENTO, M.A.A. JORGE, M.S.B. **Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil.** Caderno de Saúde Pública; 23:75-85, 2007.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SANTOS, R. C. **Saúde Todo Dia: uma construção coletiva.** São Paulo: HUCITEC, 2006.

SERAFIM, E.S.S. et al. Capacitação de profissionais de saúde para o manejo da dor em adolescentes portadores de doença falciforme na atenção primária. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 55-58, out/dez 2011.

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 3, p. 3579-3586, Nov. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 set. 2017.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos Tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** 2.ed., São Paulo: HUCITEC, 2006.

SMITH W.R. Pain In Sickle Cell Disease : The Future Of Acute Treatment. **Expert Rev. Hematol.** v. 4, n. 3, p. 237-239, 2011.

SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Bras. Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez.,2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768.pdf>.> Acesso em 05/08/2017.

SOUZA, G.C; PEDUZZI, M; SILVA, J.A.M; CARVALHO, B.G. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration. **Rev Esc Enferm USP** , v. 4, n. 50, p. 640-647, 2016 . Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0642.pdf> Acesso em 02 ago. 2017.

SOUZA M.C, ARAÚJO T.M, ANDRADE F.A, FRANÇA A.J, SOUZA J.N. Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do Nordeste, Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo. v. 2, n. 38, p.139-148, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/resolubilidade/necessidade%20de%20saúde%20na%20atenção%20basica.pdf> Acesso em 11 set. 2017.

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

TAYLOR, L. E. V. et al. A Review of the Literature on the Multiple Dimensions of Chronic Pain in Adults with Sickle Cell Disease. **Journal of Pain**, The. n. 40, v. 3, p. 416–35, 2011. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2989986/>> Acesso 01 ago. 2017

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no sus: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C.F; SOLLA, J.P (Org.) **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: Editora EDUFBA, p. 19-58, 2006. Disponível em: < <http://static.scielo.org/scielobooks/f7/pdf/teixeira-9788523209209.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2016.

TESSER, C. D. (Org.). **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

TESSER, C. D. Social medicalization (II): biomedical limits and proposals for primary care clinics. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.347-62, jul/dez 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/06.pdf>> Acesso 03 set. 2017.

TESTA, M. **Pensamiento Estratégico, Lógica de Programación, Estrategia y Programación**. Buenos Aires, 1986. Mimeo.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 ago. 2017.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo**. São Paulo: Atlas, 2008.

TURRINI, R. N. T. et al. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: **Distrito Sanitário** (E. V. Mendes, org.). São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 221-235, 1995.

UNGLERT, C. V. S. . O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev. de saúde pública**. São Paulo, v. 24, n. 6, p.445-452, 1990. Disponível em< file:///C:/Users/Usuario/Downloads/territorio2%20(1).pdf> Acesso em 2 jul. 2017.

VIANNA, L.A.C. **Processo saúde-doença**. Curso de Especialização em Saúde da Família–UNA-SUS| UNIFESP, 2011. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_6.pdf>. Acesso em 05 jul. 2017.

VIEIRA, A. N. et al. A formação em enfermagem enquanto dispositivo indutor de mudanças na produção do cuidado em saúde. **Rev. Eletr. Enf**, v. 13, n. 4, p. 758-763, out. /dez. 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a22.htm>>. Acesso em: 02 de junho, 2014.

WATANABE AM. et al. Prevalência da hemoglobina S no Estado do Paraná, Brasil, obtida pela triagem neonatal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.5, p:993-1000, maio, 2008.

WEIS, Margani Cadore et al. A experiência de uma família que vivencia a condição crônica por anemia falciforme em dois adolescentes. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 597-609, Dez. 2013 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400007&lng=en&nrm=iso acesso em 14 de Junho, 2016.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Título da Pesquisa: Produção do Cuidado à Doença Falciforme na Atenção Primária de Saúde

Pesquisadora responsável: Lorena Marques Oliveira Andrade

Pesquisadora orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Angela Alves do Nascimento

1 Dados de identificação:

Data _____ Início (hora) _____ Término (hora) _____

Código do entrevistado: _____ idade: _____ Sexo: _____

Local de trabalho: _____

Formação profissional: _____

Tempo de formação: _____

Qualificação profissional: _____

Outros (s) vínculos (s) empregatício (s): _____ Qual (is)? _____

2 Roteiro temático:

2.1 Produção do cuidado na APS / Interrelação profissional - usuário

- 2.1.1 Concepção saúde-doença
- 2.1.2 Objeto
- 2.1.2 Finalidade
- 2.1.3 Instrumentos
- 2.1.5 Atividades / práticas / coordenação
- 2.1.6 Agentes
- 2.1.7 Acesso / porta de entrada
- 2.1.8 Acolhimento
- 2.1.9 Resolubilidade
- 2.1.10 Vínculo / continuidade
- 2.1.11 Responsabilização
- 2.1.12 Integralidade

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTORES



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Título da Pesquisa: Produção do Cuidado à Doença Falciforme na Atenção Primária de Saúde

Pesquisadora responsável: Lorena Marques Oliveira Andrade

Pesquisadora orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Angela Alves do Nascimento

1 Dados de identificação:

Data _____ Início (hora) _____ Término (hora) _____

Código do entrevistado: _____ idade: _____ Sexo: _____

Local de trabalho: _____

Formação profissional: _____

Tempo de formação: _____

Qualificação profissional: _____

Outros (s) vínculos (s) empregatício (s): _____ Qual (is)? _____

2 Roteiro temático:

2.1.1 Dimensão política

2.1.1 Políticas voltadas para a Atenção Primária à Saúde (APS)

2.1.2 Políticas voltadas à atenção ao usuário com DF

2.1.3 Planejamento: normativo ou estratégico

2.1.4 Estratégias de acesso aos serviços de saúde

2.2 Dimensão institucional

2.1.5 Articulação da APS com a rede

2.1.6 Planejamento das atividades

2.1.7 Equipe de saúde

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA USUÁRIOS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Título da Pesquisa: Produção do Cuidado à Doença Falciforme na Atenção Primária de Saúde

Pesquisadora responsável: Lorena Marques Oliveira Andrade

Pesquisadora orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Angela Alves do Nascimento

1 Dados de identificação:

Data _____ Início (hora) _____ Término (hora) _____

Código do entrevistado: _____ idade: _____ Sexo: _____

Local de trabalho: _____

Formação profissional: _____

Tempo de formação: _____

2. Roteiro temático:

2.1 Produção do cuidado na APS

2.1.1 Concepção

2.1.2 Acesso / porta de entrada

2.1.3 Acolhimento

2.1.4 Resolubilidade

2.1.5 Vínculo / continuidade

2.1.6 Responsabilização

2.1.7 Atividades / práticas coordenação

2.1.8 Agentes

APÊNDICE D - ROTEIRO OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Título da Pesquisa: Produção do Cuidado à Doença Falciforme na Atenção Primária de Saúde

Pesquisadora responsável: Lorena Marques Oliveira Andrade

Pesquisadora orientadora: Prof^a Dr.^a Maria Angela Alves do Nascimento

Nome do serviço de saúde _____

Tempo de funcionamento _____

Tipo de serviço _____

Data _____

ROTEIRO

1 Organização do processo de produção do cuidado à saúde

- Organização do serviço
- Estrutura do serviço
- Relação usuário e equipe
- Acolhimento
- Acesso / porta de entrada
- Resolubilidade
- Vínculo / continuidade
- Responsabilização
- Capacidade técnica
- Intersetorialidade
- Integralidade

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Produção do Cuidado à Pessoa com Doença Falciforme na Atenção Primária de Saúde

Pesquisadora responsável: Lorena Marques Oliveira Andrade

Pesquisadora orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Angela Alves do Nascimento

Eu, Lorena Marques Oliveira Andrade pesquisadora responsável e Maria Angela Alves do Nascimento, pesquisadora orientadora da Universidade Estadual de Feira de Santana, convidamos você para participar da pesquisa **PRODUÇÃO DO CUIDADO À PESSOA COM DOENÇA FALCIFORME NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE** com objetivo: **Analisar** o cuidado em saúde prestados nos serviços de atenção básica à pessoa com doença falciforme e **Compreender** como se articula o Centro Municipal de Referência à pessoa com Doença Falciforme e outros serviços de saúde à pessoa com doença falciforme. Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e tem importância, pois poderá contribuir para instituir modificações no dia-dia dos serviços de saúde, bem como possibilitar novas pesquisas. Na coleta de dados é necessário que aconteça uma conversa, que será realizada numa sala reservada, será respeitado sua privacidade, sua identificação, bem como sua integridade física, psíquica, intelectual, social, moral, cultural e espiritual, e que será gravada, caso autorize. Como também, observaremos a prática do seu trabalho no serviço em que atua. Após a conversa, você poderá ouvir o que foi gravado e permitir ou não o uso das informações fornecidas. As gravações da conversa arquivos serão arquivados com segurança no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) e destruído pelas pesquisadoras após cinco anos. Os dados coletados serão usados na construção de um trabalho científico, estes serão analisados pelas pesquisadoras, bem como, os resultados serão utilizados, somente, para fins científicos, que serão publicados em revistas científicas e eventos como congresso e seminários. Os riscos em participar deste estudo podem estar relacionados ao sentimento de inibição com relação à exposição das opiniões e o receio de influenciar no seu processo de trabalho (trabalhadores e gestores), bem como sentimento de tristeza aos usuários ao relatar sua vivência e dificuldades provocadas pela doença em sua trajetória de vida. Caso aconteça alguns desses riscos você será assistido e/ou indenizado, adequadamente. A pesquisa não prevê gastos financeiros aos participantes, mas caso exista você será ressarcido. Desta forma, caso você sinta qualquer desconforto durante a coleta de dados ou qualquer informação cedida lhe traga algum constrangimento ou prejuízo, você poderá desistir de participar da pesquisa quando quiser. No momento em que houver necessidade de esclarecimento de dúvidas ou desistência em participar da pesquisa, as pesquisadoras podem ser encontradas no NUPISC localizado no sexto módulo da UEFS, na Avenida Transnordestina, S/N, Novo Horizonte e pelo telefone (75) 3161-8162, você também pode entrar em contato com o Comitê de Pesquisa da UEFS para esclarecimento sobre os aspectos éticos da pesquisa, no telefone (75) 31618077 e no email cep@uefs.br. Após defesa da pesquisa você terá devolutiva sobre as conclusões da pesquisa por meio de Rodas de Conversa com as pesquisadoras. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar da referida investigação, assine este termo de consentimento em duas vias, ficando com uma cópia do mesmo e outra com as pesquisadoras.

Município, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do entrevistado (a)

Lorena Marques Oliveira Andrade
(Pesquisadora responsável)

Dr.^a Maria Angela Alves do Nascimento
(Pesquisadora/orientadora)