

Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do nordeste, Brasil

Health needs and production of care in a health unit in a city of the northeast part of Brazil

Márcio Costa de Souza*

Thamyres Menezes de Araújo**

Flávia Alves de Andrade**

Adriana de Jesus França**

Jairose Nascimento Souza***

139

Artigo Original • Original Paper
O Mundo da Saúde, São Paulo - 2014;38(2):139-148

Resumo

Os processos de produção de serviços de saúde deveriam ter como finalidade atender as necessidades de saúde dos grupos sociais, que constituem um determinado território. Há algum tempo vem sendo proposta a reorganização dos serviços de saúde, tendo como pressuposto a produção do cuidado, como um processo de trabalho usuário centrado e de relações acolhedoras, capazes de produzir vínculo, em um processo produtivo que aposta nas tecnologias mais relacionais para a assistência aos usuários. Com base nisso, o presente artigo teve como objetivo analisar as necessidades de saúde e produção do cuidado em uma Unidade de Saúde no município de Jequié-BA. Este estudo tem caráter qualitativo, descritivo exploratório, realizado por meio de aplicação de entrevista semiestruturada, com 11 profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família, no município estudado. Os resultados do presente estudo apontam que um dos principais aspectos que dificulta a produção do cuidado em saúde 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. Concluiu-se que os achados do presente estudo podem contribuir para a ampliação de alternativas de produção do cuidado, resultando na melhora da oferta de cuidados de saúde na unidade estudada.

Palavras-chave: Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. Assistência Centrada no Paciente. Estratégia Saúde da Família.

Abstract

The production processes of health services should aim to meet the health needs of social groups that constitute a particular territory. Some time ago a reorganization of health services were proposed, with the assumption the production of care as a user-centered work process and friendly relationships capable of producing bonds, in a production process that focuses on technologies for relational assistance to users. Based on this, the present study aimed to analyze the health needs and care production in a Health Unit. This study is qualitative, descriptive, and exploratory, accomplished through the application of semi-structured interviews with 11 professionals which are part of the Family Health Team, the municipality now studied. The results of this study indicate that one of the main aspects that hinder the production of health care is the relationship between supply and demand, solving the problems of the unit, the difficulties in the work processes and the lack of health professionals. We concluded that the findings of this study may contribute to the expansion of alternatives for production of care, resulting in the improvement of the provision of healthcare in the unit studied.

Keywords: Health Services Needs and Demand. Patient-Centered Care. Family Health Strategy.

DOI: 10.15343/0104-7809.20143802139148

* Departamento de Ciências da Vida da Universidade Estadual da Bahia-BA, Brasil. E-mail: mcsouzafisio@gmail.com

** Fisioterapeuta. Graduada pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-BA, Brasil.

*** Fisioterapeuta Sanitarista. Graduada pela Faculdade Nobre e Feira de Santana-BA, Brasil.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO

A organização de um sistema de saúde baseado na dialética da satisfação das necessidades expressa o ponto de vista de proteção universal da saúde, sob o pressuposto do bem-estar social¹. Essas necessidades em saúde não expressam somente necessidades médicas, doenças, sofrimentos ou riscos, como também carências e vulnerabilidades que refletem estilos de vida e identidades². Utilizar as necessidades de saúde como objeto nas práticas clínicas abarca as dimensões biológica, cultural, econômica, ecológica e política, comandadas no modo de produção capitalista pela dimensão econômica³.

Os processos de produção de serviços de saúde deveriam ter como finalidade atender às necessidades de saúde dos grupos sociais, que constituem um determinado território. Para a saúde coletiva, atender essas necessidades de saúde significa tomar o conceito do processo saúde-doença para instaurar processos de trabalho que respondam aos problemas, como a doença propriamente dita, e encaminhar a política pública de saúde na direção do direito universal³.

Há algum tempo vem sendo proposta a reorganização dos serviços de saúde, tendo como pressuposto a produção do cuidado, como um processo de trabalho usuário centrado e de relações acolhedoras, capazes de produzir vínculo, em uma ação produtiva que aposta nas tecnologias mais relacionais à assistência aos usuários⁴.

Nesse sentido, o cuidado pode ser considerado como uma relação intersubjetiva que, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro⁵. Experiências inovadoras de mudanças nos sistemas e serviços de saúde têm demonstrado que a ação do trabalho interdisciplinar e a articulação dos profissionais na produção do cuidado criam um novo significado do trabalho na saúde⁶.

Dessa forma, o interesse pela pesquisa surgiu a partir da experiência dos estudantes na disciplina Fisioterapia na comunidade, na qual a experimentação na formação aparece como algo dinamizador e que implica a problematização, surgindo questionamentos como: “a atuação

fisioterapeuta naquela comunidade atende as necessidades de saúde, produz o cuidado?” Dúvidas que abrangeram outros campos de atuação originaram este artigo com estudantes e pesquisadores. Após a finalização do estudo, ele fora apresentado para a equipe estudada e construída uma agenda de discussão / resolução com participação de usuários para a (re) construção de ações pautadas pela lógica da necessidade do usuário para produzir o cuidado.

Diante dessa contexto, o presente artigo teve como objetivo analisar as necessidades de saúde e produção do cuidado em uma Unidade de Saúde no município de Jequié-BA.

MÉTODO

O presente estudo configura-se numa abordagem qualitativa, descritiva exploratória. As entrevistas realizadas foram do tipo semiestruturadas, com a participação de três equipes de uma Unidade de Saúde da Família em município no interior da Bahia, totalizando onze participantes, escolhidos intencionalmente, que, segundo Gil⁷, é uma amostra não probabilística a qual pode ser utilizada em pesquisa qualitativa em que o pesquisador conhece a população, sendo determinado o número de participantes de acordo com a saturação das respostas, os quais foram divididos em dois grupos – grupo I composto por profissionais de saúde de nível médio; e Grupo II, por profissionais de saúde de nível superior. Convém ressaltar que este é um estudo de caráter qualitativo, e o número de sujeitos pesquisados não se constitui uma preocupação.

A realização das entrevistas foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição proponente, sob parecer consubstanciado n. 128.815. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ao tempo em que foram informados sobre as propostas do estudo, objetivos, justificativas, riscos e benefícios, bem como a permissão para usar parcialmente ou integralmente e divulgar as informações gravadas, assegurando-lhes o direito ao sigilo.

O método utilizado foi a Técnica de Análise de Conteúdo. As entrevistas gravadas

foram transcritas integralmente e em seguida foram realizadas leituras exaustivas e flutuantes das mesmas que permitiu entender os pontos relevantes e as ideias centrais sobre o tema proposto, ocorrendo à construção do *corpus*. De onde emergiram as categorias e os núcleos de sentido. As categorias foram denominadas “Demanda, Processo de trabalho e Trabalhadores de saúde”. Por sua vez, a categoria “Demanda” englobou os seguintes núcleos de sentido: demanda e oferta, acessibilidade funcional, resolutividade e estratégias para a resolutividade. A categoria “Processo de trabalho” agregou os seguintes núcleos de sentido: medicamentos, materiais para procedimentos e exames; e, por fim, a categoria “Trabalhadores de saúde” teve como núcleos de sentido: Ineficiência e interdisciplinaridade.

Levando-se em conta o que foi observado, realizou-se a análise final, na qual os dados empíricos foram articulados com o referencial teórico da pesquisa, relacionando e confrontando as semelhanças com as divergências e a teoria com a prática, proporcionando, desse modo, a percepção dos vários olhares formados pelos sujeitos que participaram do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Demanda

A utilização dos serviços de saúde é resultante da interação entre o comportamento do usuário, que procura cuidados, e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde de acordo com os serviços demandados. O comportamento do usuário é geralmente responsável pelo primeiro contato com as ações em saúde, ao passo que os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos posteriores. Os profissionais, em grande parte, definem o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde dos pacientes⁸.

Dessa forma, a oferta de serviços de saúde compreende a disponibilidade, o tipo e a quantidade de serviços e recursos, seja financeiro, humano ou tecnológico, destinados ao cuidado em saúde. Já a demanda pode ser classificada como

a busca ativa do usuário por intervenção por meio dos serviços de saúde, como forma de obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido⁹. Esses dois elos se organizam, muitas vezes, não em função das necessidades da comunidade, mas pelo tipo de serviço prestado pelas unidades de saúde, ou seja, pela forma de organização da atenção à saúde.

Na produção de serviços de saúde, todo trabalho deveria ter como produto final o atendimento das necessidades de uma população de um determinado local. E para a Saúde Coletiva, atendê-las significa apreender o conceito da determinação social do processo saúde / doença e considerar o usuário pertencente a um meio social³.

Diante do exposto, em relação à demanda e oferta dos serviços de saúde prestados à população assistida em uma Unidade de Saúde no município estudado, a mesma ainda é deficiente no que se diz respeito às necessidades da comunidade, pois a demanda é superior à oferta dos serviços de saúde, o que pode ser comprovado nas entrevistas abaixo:

(...) Porque a quantidade de paciente, infelizmente a quantidade de paciente que a gente tem aqui na unidade é infinitamente superior à demanda que vocês têm de alunos. Grande parte dos meus problemas foram resolvidos encaminhando os pacientes pro pediatra da Unidade Sebastião Azevedo porque aqui tá sobrecarregado. (Ent 1; Grupo II)

(...) olha na nossa unidade, na nossa realidade aqui, é a começar pelo número de famílias que a gente tem superior. Pelo que eu sei de PSF as unidades, ou é uma equipe ou são duas equipes. No nosso caso nós temos três equipes e ainda tem um condomínio, que abriu aí novo, são 500 casas parece. (Ent 4; Grupo II)

Ao resgatar a discussão sobre a relação da oferta e demanda de serviços de saúde, considera-se, então, que essa relação é resultante de embates, conflitos e contradições, visto que não levam em consideração apenas as necessidades de saúde dos usuários, mas dependem dos determinantes organizacionais, como custo, acessibilidade e

mão de obra, estudos realizados em municípios baianos relatam que os investimentos na Saúde da Família não garantiram mudanças radicais nos mais diversos locais, que ocorreram de forma singular¹⁰⁻¹². Essa organização, normalmente, não ocorre de forma a priorizar as demandas e necessidades da comunidade, e sim é determinada pelos serviços ofertados pelas unidades de saúde, sem de fato colocarem o usuário como centro das determinações no processo de trabalho.

Um aspecto fundamental a ser discutido nesse processo advém da acessibilidade funcional, que possibilita às pessoas a utilização de todos os serviços, inclusive os de saúde, disponíveis de acordo com as suas necessidades, em todos os níveis de atenção¹³. No entanto, apesar de o SUS ser um sistema hierarquizado, a USF estudada não se constitui “porta de entrada” no âmbito local. Durante a entrevista verificou-se as seguintes falas sobre esse enunciado:

(...) A gente enxerga assim com muita dificuldade, a gente vê que tem muita dificuldade porque às vezes o usuário chega na unidade, aí tem algum procedimento que só é uma cota, só tem uma cota, então várias pessoas, até da mesma família, são vários usuários que querem utilizar o serviço e aí não tem, na questão do SUS a saúde é pra todos, mas quando a gente chega a gente vê na realidade, não é pra todos. (Ent 2; Grupo I)

(...) Até por parte mesmo das cotas que vão poucas pras unidades são quase peneiradas. Então tem uma requisição de cardiologia, um ECG, então são peneiradas, um endócrino, então são poucas vagas, seria 3 ou 2 vagas pra 3 equipes, então ai vai peneirar, vai ficar alguém penalizado por isso. Isso não é justo. (Ent 3; Grupo I).

Pode-se perceber, portanto, que o acesso é focalizado, ao restringir o atendimento público a determinados serviços ou programas. Diante desse contexto, nota-se que a universalização da atenção transcreve em um sistema segmentado e desarticulado no âmbito interno do sistema público de saúde e na cadeia organizativa do sistema, retratada na “porta de entrada” dos serviços, uma vez que a questão do acesso aos serviços de

saúde ainda não é universal e resolutivo no sistema de saúde¹⁴. Em outro estudo realizado nesse mesmo local, os autores descrevem que o sistema de saúde não possui uma porta de entrada pela Atenção Básica, e que a estação de saúde mais utilizada seria a hospitalocêntrica¹⁵.

Com base nessa restrição à universalização da atenção à saúde na Unidade de Saúde estudada, ela pode ser avaliada com base na resolutividade dos serviços com o intuito de atender às suas demandas.

Segundo Rosa¹⁶, a resolutividade é uma maneira de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário. Pode ser ponderada sob dois aspectos: o primeiro, no próprio serviço, quanto à competência de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimentos mais especializados e o segundo, dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária à saúde até a resolução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde.

De acordo com as entrevistas realizadas:

(...) em tá tentando solucionar problemas, você tá dando aquele jeitinho brasileiro pra que os problemas não evoluam pra um quadro mais grave, aquelas pessoas que estão em casa, não que nós estamos fazendo um favor porque é minha obrigação tá indo, eu to sendo paga pra fazer este tipo de serviço, mas cada gratidão e generosidade que eles atendem a gente, é Ave Maria uma lição de vida (...). (Ent 1; Grupo II)

(...) eu acho que o PSF é o modelo ideal pra saúde pública, do tempo que eu atuo na saúde não vejo nada mais tão eficiente que o PSF, desde quando ele seja colocado em prática a que ele foi proposto (...). (Ent 6; Grupo I)

Nas falas acima, percebe-se que os serviços oferecidos pelos trabalhadores ocorrem sem planejamento centrado no usuário e distantes, na prática, do que fora proposto pelas regras estabelecidas pelos seus proponentes, o que pode estar ligado diretamente à formação frágil e sem articulação entre as profissões baseadas

nas necessidades do usuário, sem de fato fazer o trabalhador entender o que o outro precisa e estabelecer formas de cuidar que atendam a essas necessidades¹⁷. Nery, Carvalho e Santos¹⁵, em outra pesquisa nesse município, reportam que o serviço de saúde da família é centrado na figura do médico, sem construção de acolhimento e produção de vínculos.

Destarte, o acolhimento, como forma de estratégia para a resolutividade, consiste na humanização das relações entre trabalhadores e usuários, com ações que promovam a comunicação, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso de busca (recepção, clínica, encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta) sendo capaz de reduzir toda essa problemática, atuando como uma tecnologia para reorganização dos serviços, com vistas à garantia do acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento^{18,19}.

Vale a pena ressaltar que, os acolhimentos em conjunto com o vínculo constituem em dimensões de análise da produção do cuidado em saúde. Os autores alertam sobre a necessidade de ampliação dos laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico. O que resulta na responsabilização da equipe com o usuário, para torná-lo autônomo, com possibilidades de estabelecer um acompanhamento na resolução de seus problemas^{19,20}.

Segundo Farias²¹, o acolhimento pode ser visto também como um dos elementos para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, pois contribui para a procura do serviço pelo usuário, estabelecendo frequentemente um vínculo entre usuário e sistema de saúde, propiciando uma relação menos impessoal entre trabalhadores de saúde e usuário e favorecendo o acesso, operando sobre a dimensão do cuidar, o que pode ser confirmado com a entrevista abaixo:

(...) olha o cartão postal pra mim é o acolhimento, na unidade que eu trabalho, tomamos curso em 3 etapas, o que preconiza o SUS, é que não pode deixar nenhum paciente voltar sem ser atendido, mesmo que diga um não a ele, fale o não mas tal dia o

senhor vem, procura tal horário mas nunca pode deixar ele sem uma resposta (...). (Ent 3; Grupo I)

Com base na entrevista acima o acolhimento, entre outras funções, é uma estratégia para essa reestruturação, permitindo um atendimento qualificado, a fim de proporcionar uma pactuação entre as necessidades do usuário e a possibilidade de resposta do serviço com maior resolutividade e responsabilização.

Nessa perspectiva, o acolhimento é um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde, de como os saberes vem sendo ou deixando de ser utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde²². Como também um potente dispositivo de reorganização da produção do cuidado na Unidade de Saúde da Família ao ampliar o acesso aos serviços de saúde com alteração do fluxo assistencial e potencialização do trabalho em equipe²³.

Dessa forma, deve-se entender o acolhimento que, a partir do encontro entre trabalhador e usuário, possibilite afecções que potencializem as ações de saúde, para que as necessidades sejam atendidas de forma integral, numa perspectiva subjetiva do cuidar, redimensionando olhar para além do corpo e que o usuário centralize essa atenção.

Processo de trabalho

Os profissionais de saúde, ao realizarem o cuidado, operam no seu processo de trabalho um núcleo tecnológico composto de “Trabalho Morto” (TM) e “Trabalho Vivo” (TV). Os TMs são os instrumentos, chamados de tecnologias materiais e tecnologias duras, definidos assim porque já se aplicou sobre eles um trabalho pregresso para sua elaboração e estão estruturados para elaborar certos produtos da saúde. Os TVs são os trabalhos em ato, realizados no cuidado à saúde, estabelecidos por meio de relações intercessoras, que são chamadas de tecnologias leves. Esse encontro em TM e TV no interior do processo de trabalho reflete certa correlação entre eles no núcleo tecnológico do cuidado à chamada Composição Técnica do Trabalho (CTT)^{24,25}.

A Unidade de Saúde estudada apresenta um déficit na composição técnica do trabalho, favorável ao Trabalho Morto, que reflete um processo de trabalho de tecnologias duras dependente, voltado à produção de procedimentos. O que pode ser constatado nas falas abaixo:

(...) *Seria bom que a gente tivesse todos os medicamentos e todos os procedimentos e exames possíveis e imagináveis aqui na unidade pra que ele não pudesse sair daqui pra ir pra outro centro (...).* (Ent 1; Grupo II)

(...) *o usuário vai na unidade, chega e não tem remédio, não tem curativo, não tem um copo descartável pra tomar a medicação dele, lá mesmo quem faz tratamento de tuberculose, não tem, e aí é uma situação, às vezes não tem água, às vezes não tem água pra um procedimento (...).* (Ent 2; Grupo I)

(...) *a gente trabalha assim sem recursos quase nenhum, muitas vezes a gente que tem que comprar coisas pra tá trabalhando porque não tem material, senão a gente fica sem trabalhar e aquela coisa, vai levando, levando, a gente já ficou algum sem trabalhar aqui, sem prestar serviços aqui (...).* (Ent 10; Grupo II)

Porém, apesar de os entrevistados relatarem apenas sobre o déficit do trabalho morto (falta de medicamentos, materiais para procedimentos e exames, como também falta de recursos mínimos, como água e copo descartável) na Unidade estudada, observa-se que o instrumental e o trabalho vivo devem atuar juntos nas “linhas de cuidado” por toda extensão dos serviços de saúde, centrado nas necessidades dos usuários.

Em outro estudo nesse município, a autora aborda sobre a alta demanda dos serviços de saúde para atender a população, devido a uma desorganização generalizada dos serviços, o que, como consequência dessa situação, dificultava a formação de vínculos entre os trabalhadores e usuários²⁶.

Olhando sobre a conformação dos modelos tecnoassistenciais com foco na micropolítica de organização dos processos de trabalho, além dos instrumentos e conhecimento técnico, lugar de tecnologias mais estruturadas, há outro, o das

relações, que tem se verificado como fundamental para a produção do cuidado. Com base nisso, o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende de Trabalho Vivo em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está sendo produzido²⁵.

Nesse sentido, o modelo tecnoassistencial, deve ofertar todos os recursos tecnológicos aos cuidados dos usuários e mesmo que este necessite para sua assistência, de insumos de alta tecnologia, o processo de trabalho pode ainda ter no seu núcleo de cuidado a hegemonia do Trabalho Vivo, desde que aquela seja a necessidade real do usuário e o acesso à mesma e sua utilização seja sustentada pelo encaminhamento seguro e trânsito tranquilo em uma dada “linha do cuidado” que garanta a integralidade da atenção²⁵.

Destarte, Merhy²⁷ afirma que, no campo da Saúde, o objeto é a produção do cuidado e é por meio desse que se acredita obter a cura e a saúde. E para isso, deve haver um estreitamento da relação entre o Trabalho Vivo e o Trabalho Morto, pois quanto maior a composição da caixa de ferramentas usadas para os atos de cuidado, maior será a possibilidade de se compreenderem os problemas de saúde, ampliando a capacidade de resolvê-los de forma adequada e satisfatória aos usuários, como também auxiliando na composição dos próprios processos de trabalho.

Trabalhadores de saúde

A formação profissional para o SUS implica compreensão da atenção básica como área que requer uma formação específica e capacitação da equipe envolvida para desempenhar suas funções na produção do cuidado em saúde. É considerada de importância fundamental, articulada ao processo de educação permanente dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família²³.

Com a mudança de paradigma e o conceito saúde evoluindo de um padrão organicista para uma visão holística (sistêmica), houve também uma necessidade de discutir o processo de trabalho na área de saúde, que passou a deslocar o saber fundado na atuação médica, puramente organicista, para um saber mais sistêmico e coletivo, onde vários aspectos do indivíduo passam a ser

considerados no processo saúde-doença, criando espaço para atuação de outros profissionais que buscam o restabelecimento do indivíduo como um todo²⁸.

Porém, é importante ressaltar que a inserção dos mais diversos profissionais nas unidades de saúde tem ocorrido de maneira fragmentada²⁹ e ineficiente, o que gera uma sobrecarga de trabalho para os profissionais existentes, dificulta e limita o atendimento na unidade de saúde, o que pode ser constatado nas falas dos entrevistados:

(...) o ideal pra mim seria assim, porque existe um numero às vezes de família que se pode atender por unidade de PSF que nunca é respeitado, então sempre extrapola e aí acaba que a gente não tem condições de dar conta dessa quantidade toda, talvez se eles querem colocar mais famílias colocar mais profissionais pra darem conta da quantidade de pessoas pra ser abrangido (...). (Ent 8; Grupo I)

(...) Eu acho que precisa melhorar muito né, aqui são 3 equipes, mas tá faltando técnico de enfermagem, tá faltando outro odontólogo porque o trabalho fica muito pesado pra um só, ele procura aqui, a gente marca aqui em média de 180 pessoas por mês né, e é muito pesado então isso acarreta muito o profissional, faz com que ele canse demais até mesmo pra tá atendendo até no desempenho do dia a dia, então eu acho que precisa melhorar muito (...). (Ent 9; Grupo II)

De acordo com a fala dos entrevistados, a Unidade de Saúde estudada conta apenas com os profissionais da equipe mínima, que não atendem à demanda na Unidade, tornando o atendimento precário e ineficiente, como também sobrecarregando os profissionais existentes.

Nesse sentido, faz-se necessário discutir a integralidade numa perspectiva da prática ética política, fortalecendo uma ação contrária ao reducionismo, à objetivação e à fragmentação, pois, desse modo, interfere diretamente no cuidar e no gerir, percebendo esse princípio como uma diretriz capaz de contribuir como um dispositivo político capaz de constituir novas práticas, com o intuito de defender a vida³⁰.

A atenção integral é, portanto, ao mesmo tempo, individual e coletiva, inviabilizando, portanto, ações dissociadas, evidenciando, assim, a necessidade de articulação entre a equipe multiprofissional, tornando-a sua essência interdisciplinar. A inserção dos mais diversos profissionais de saúde resultaria numa combinação de três grandes tipos de ações: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e atenção curativa num processo de cooperação que traz a marca do cuidado, da ação intersetorial, do desenvolvimento da autonomia das populações, na integração dos conhecimentos e na troca dos saberes^{28,31}.

De acordo com as entrevistas abaixo, percebe-se que a Unidade estudada conta apenas com equipe mínima de saúde por grupo, tornando-a insuficiente para suprir a necessidade de atendimento à população:

(...) Acrescentaria profissional, porque falta profissional pra atender na farmácia, falta profissional pra atender no balcão (...). (Ent 5; Grupo I)

(...) Porque na verdade a gente tem o que, só atendimento de enfermagem, do clínico, e as visitas, e odontólogo, e na verdade eu acho muito insuficiente, a gente deveria ter fisioterapeutas, a gente deveria ter psicólogos, educador físico, nutricionista, uma série de outros profissionais pra estar ajudando a gente nisso, porque muitas vezes, por exemplo, a gente faz um atendimento no hiperdia, vamos dar um exemplo e a gente não tem um nutricionista pra ajudar e a gente precisa né? (...). (Ent 10; Grupo II)

(...) Pela demanda eu acho que no mínimo 1 por equipe entendeu? Um profissional, a gente não tem, assistente social na unidade de saúde da família que deveria ter, a gente não tem fisioterapia que devia ter, algumas coisas assim que sempre não tem e faz falta (...). (Ent 11; Grupo I)

Na perspectiva dos entrevistados, seria necessária uma ampliação da quantidade de profissionais e inserção de outras profissões em cada equipe. Além disso, seria interessante incorporar os saberes ampliados e a dimensão cuidadora

que há em cada trabalhador de saúde, como também a valorização do outro, a preocupação com o cuidado e o respeito com a visão de mundo de cada um, considerando o outro como cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos usuários, o que permitiria uma ação integral tendo como resultado uma eficaz produção do cuidado²³.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo apontam que um dos principais aspectos que dificultam a produção do cuidado em saúde na unidade estudada é a relação entre a oferta e a demanda, que é insuficiente em número de profissionais e equipamentos necessários, influenciando a resolutividade dos problemas, tornando-os inadequados principalmente pelo

processo de trabalho desarticulado apresentado na Unidade estudada. Vale ressaltar que as ações dos trabalhadores são fragmentadas, centradas na figura do médico e com ações interdisciplinares pontuais.

Os achados do presente estudo podem contribuir para a ampliação de alternativas de produção do cuidado, propiciando reflexões que possibilitem a discussão sobre uma construção de atenção resolutiva no intuito de produzir o cuidado atendendo às necessidades de saúde do usuário, remodelando a forma de agir na unidade estudada. Consta-se que, para uma melhor produção do cuidado, deve-se ampliar a equipe de saúde atuante na unidade, tanto em relação à quantidade e multidisciplinaridade de profissionais, como também na oferta dos recursos tecnológicos aos cuidados dos usuários.

REFERÊNCIAS

1. Stotz EN. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Rocha CMF, Santos L, Bilibio LFS, Ceccim RB, Feuerwerker HAP, et al, organizadores. VER-SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Hino P, Ciosak SI, Fonseca RMGS, Egly EY. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. Rev Esc Enferm USP. 2009 [acesso 27 Feb 2013];43(esp 2):1156-67. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000600003>.
3. Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. Cad Saúde Pública. 2005 [acesso 10 Jun 2013];21(4):1260-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400029&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2005000400029>.
4. Franco TB, Merhy EE. Produção imaginária da demanda. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2005.
5. Losekann MV. Saberes de técnicos e auxiliares de enfermagem: reinventando o trabalho e qualificando a arte de cuidar [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
6. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. Interface. 2007 [acesso 15 Jun 2013];11(23):427-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832007000300003>.
7. Gil AC. Métodos e técnicas da Pesquisa Social. 6a ed. São Paulo: Atlas; 2008.
8. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004 [acesso 30 Mar 2014];20(Supl 2):190-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2004000800014>.
9. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciên Saúde Colet. 2000 [acesso 18 Jul 2013];5(1):133-49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232000000100012>.

10. Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. *Saúde Debate*. 2000;24(56):57-66.
11. Pereira CRS, Roncalli AG, Cangussu MCT, Noro LRA, Patrício AAR, Lima KC. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad Saúde Pública*. 2012 [acesso 29 Jan 2013];28(3):449-62. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2012000300005>.
12. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2006 [acesso 19 Nov 2012];11(3):713-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232006000300018>.
13. Amaral FLJS, Holanda CMA, Quirino MAB, Nascimento JPS, Neves RF, Ribeiro KSQS, Alves SB. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. *Ciênc Saúde Colet*. 2012 [acesso 1 Jul 2013];17(7):1833-40. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700022&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000700022>.
14. Lima WCMB, Assis MMA. Acesso restrito e focalizado ao programa saúde da família em alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2010;34(3):439-49.
15. Nery AA, Carvalho CGR, Santos FPA, Nascimento MS, Rodrigues VP. Saúde da Família: visão dos usuários. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(3):397-402.
16. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011 [acesso 7 Ago 2013];32(2):345-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472011000200019>.
17. França AJ, Andrade FA, Araújo TM, Souza JN, Souza MC. Relação intraequipe e produção de vínculos em uma Unidade de Saúde da Família. *EFDeportes.com*. 2014;18(190):1-6.
18. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003 [acesso 20 Ago 2013];19(1):27-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2003000100004>.
19. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007 [acesso 20 Ago 2013];23(1):75-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2007000100009>.
20. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas-BA. *Ciênc Saúde Colet*. 2006 [acesso 17 Mar 2013];11(1):53-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232006000100012>.
21. Farias LC. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
22. Camargo Jr KR, Campos EMS, Bustamante-Teixeira MT, Mascarenhas MTM, Mauad NM, Franco TB, Ribeiro LC, Alves MJM. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad Saúde Pública*. 2008 [acesso 23 Abr 2013];24(1):58-68. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2008001300011>.
23. Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB. Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA; 2010.

24. Franco TB. Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.
25. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves. *Saúde Debate*. 2003;27(65):316-23.
26. Nery AA. Necessidades de saúde na Estratégia de Saúde da Família: em busca de uma tradução [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2006.
27. Merhy EE. Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
28. Cavalcante PB, Carvalho RN. A interdisciplinaridade no programa saúde da família: como articular os saberes num espaço de conflitos? *Sociedade Debate*. 2010;16(2):191-208.
29. Souza MC, Bomfim AS, Souza JN, Franco TB. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. *Mundo Saúde*. 2013;37(2):176-84.
30. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 39-64.
31. Souza MC, Araújo TM, Reis Jr WM, Souza JN, Viela ABA, Franco TB. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. *Mundo Saúde*. 2012;36(3):452-60.