



TECNOLOGIAS DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Tatiana Vasques Camelo dos Santos¹, Cláudia Maria de Mattos Penna².

¹ Doutora EE/ UFMG, Enfermeira, FACIG, tativas@globocom

² Pós Doutora, Enfermeira, UFMG, cmpenna@enf.ufmg.br

Resumo-

Trata-se de um estudo de caso qualitativo, de caráter descritivo, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano. Teve por objetivo, identificar as tecnologias de trabalho dispensadas pelos profissionais de saúde aos usuários. O estudo foi realizado em três unidades de Estratégia de Saúde da Família e na Unidade de Pronto Atendimento situadas no município de Manhuaçu - MG. Foram sujeitos deste estudo de 18 trabalhadores de saúde que prestam serviços nas unidades de ESF e NASF, e 17 usuários. Constatou-se que as práticas desenvolvidas nas unidades de ESF parecem não incluir a família na concepção de suas abordagens, replicando a assistência ao indivíduo. Na maioria dos discursos evidencia-se que os usuários são percebidos como inseridos em seus contextos sociais, mas sem lançar luz sobre as questões da família, sem que esta seja entendida como o centro norteador de suas situações de viver e adoecer. Sugere-se que a família passe a ser o foco central das ações em saúde nas unidades de ESF, que as práticas de acolhimento, avaliação e intervenção familiar tornem-se tecnologias imprescindíveis nas unidades.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Estratégia de Saúde da Família, Tecnologias de Trabalho em Saúde; Acesso aos serviços de saúde.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde.

INTRODUÇÃO

A lógica universalizante do Sistema Único de Saúde (SUS) impôs uma reestruturação do sistema de atenção, com destaque para a transferência aos municípios da responsabilidade da oferta de serviços básicos de saúde, a partir das Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Estas unidades caracterizam-se como a porta de entrada para o sistema, devendo articular-se, conforme a necessidade apresentada pelo usuário, aos demais níveis de atenção à saúde.

O objetivo da ESF, segundo Merhy & Franco¹, refere-se à *"reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas"*.

Porém, estudos realizados por Penna^{2,3} em serviços de saúde de Belo Horizonte e de outros municípios do Estado de Minas Gerais, evidenciaram que, apesar, do discurso de mudança de atenção em saúde em municípios distintos com a implantação da ESF, um efetivo trabalho em equipe que reconhece a integralidade no atendimento das necessidades da população,

as desigualdades do processo saúde e doença, ainda, não foram superadas.

Apesar das propostas de uma rede de atenção à saúde hierarquizada e complementar, entre o público e privado; atendimento a uma demanda organizada, sem negligenciar necessidades individuais prestado por uma equipe interdisciplinar, centrado na clientela; com a co-participação desta na busca de soluções para os problemas coletivos; a inclusão e o acesso à atenção as práticas de integralidade não têm sido desenvolvidas de forma satisfatória no setor saúde.

Observa-se, portanto, que o acesso aos serviços e aos bens de saúde com conseqüente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário permanece com graves lacunas⁴. Tais situações relacionam-se diretamente a questão do acesso aos serviços de saúde, visto que este pode ser entendido como o processo resultante da interação do comportamento de procura dos indivíduos por cuidados de saúde e do profissional que o conduz dentro do sistema⁵.

O conceito de acesso, na Saúde Pública, expressa o grau de ajuste entre as necessidades dos usuários e a oferta de serviços de saúde⁶. Estudos qualitativos desenvolvidos sobre acesso aos serviços de saúde^{7,8}, apontaram a existência de certo desajuste entre as necessidades requeridas pelos usuários aos serviços de atenção

primária e a percepção que os profissionais julgam que eles necessitam. Isto posto, evidencia-se que é de fundamental importância o reconhecimento que fatores culturais desempenham um papel crítico na prática de saúde em todos os âmbitos, inclusive no sistema formal de prestação de serviços médicos. Enfatiza-se, portanto, a necessidade em lançar luz sobre as práticas de saúde atualmente realizadas nos espaços de encontro e discutir as tecnologias disponíveis para amenizar este considerado “desajuste”.^{7,8}

Tecnologia é aqui entendida como referência temática ao trabalho cuja ação é demarcada pela busca da produção de bens ou produtos, não necessariamente materiais, duros, pois podem ser produtos simbólicos que satisfaçam necessidades.⁹ Estas ações constituem a dimensão viva do trabalho em saúde que vai além das questões puramente técnicas e ancora suas bases nas relações e nos comportamentos.⁹

Diante disso, emerge a necessidade de estudos sobre a forma em que os serviços de saúde estão organizados para o atendimento das demandas em saúde, bem como a capacidade resolutiva deles. O levantamento sobre como ocorrem estes momentos de encontro, nos quais se efetivam as práticas de saúde, tornam-se relevantes.

Assim, o presente estudo é um recorte de uma pesquisa sobre acesso e resolutividade em saúde e, tem por objetivo, identificar as tecnologias de trabalho dispensadas pelos profissionais de saúde aos usuários. Buscou-se identificar as estratégias que profissionais se utilizam na relação que estabelecem com os usuários e as tecnologias nas quais lançam mão a fim de serem reconhecidos e de se reconhecerem.

METODOLOGIA

Estudo de caso qualitativo, de caráter descritivo, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano.¹⁰ Realizado em três unidades de ESF, no município de Manhuaçu - MG. Para seleção das unidades optou-se em buscar aquelas com maior número de famílias cadastradas, e que, no momento da coleta de dados apresentassem equipes completas, compreendida como: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. No intuito de apreender realidades culturais e sócio-econômicas variadas optou-se em coletar os dados em uma unidade de ESF rural, uma urbana e uma mista que atendessem os critérios ora estabelecidos.

Foram sujeitos deste estudo três enfermeiros, três médicos, dois auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS), dois de cada unidade, e 4 representantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), perfazendo um

total de 18 trabalhadores de saúde que prestam serviços nas unidades de ESF. Para a composição dos usuários, a abordagem aos sujeitos ocorreu de forma equitativa entre as unidades de saúde, até que fosse observada a reincidência e complementaridade das informações, ou seja, a ocorrência da saturação dos dados,¹¹ totalizando 17 sujeitos, todos maiores de 18 anos.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas, a partir de um roteiro semi-estruturado distinto para cada grupo de sujeitos da pesquisa, foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para posterior análise. Ocorreram nos meses de novembro e dezembro de 2010, realizadas na própria unidade, mediante agendamento prévio, à exceção de dois usuários da zona rural entrevistados em sua residência, no momento em que foram realizadas as visitas domiciliares nas quais a pesquisadora acompanhava como observadora, por opção dos respondentes no momento do convite. Realizaram-se, também, observações nas salas de espera e interior das unidades, registradas em diário de campo, no qual consta a descrição de eventos, pessoas envolvidas, diálogos, comportamentos não verbais, gestos, bem como as impressões do pesquisador sobre os dados observados.

Após as transcrições, os dados foram submetidos à análise de conteúdo¹², com leituras sistematizadas, interpretação para a constituição das categorias e discutidos com a literatura.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob nº 0501.0.203.000-09. De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, os dados foram coletados após autorização formal do gestor municipal de saúde, e todos os sujeitos foram convidados a participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O anonimato dos informantes foi garantido, sendo os mesmos identificados a partir das siglas: Enf. (enfermeiro), Méd. (médicos), AE (auxiliares de enfermagem), U (usuários), ACS (Agente Comunitário de Saúde), NASF (representantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família) seguido de código numérico de acordo com a sequência das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As tecnologias do médico

Os dados evidenciam que os médicos se utilizam da concepção médico-centrada em suas condutas: [...] *Aqui eu faço atendimento ambulatorial pela manhã, exclusivamente isso, e assim, algum atendimento de urgência, muitas vezes um pontinho, um abscesso, uma ferida, igual esse rapaz agora, que foi retirada de cálculo na uretra, que eu fiz retirada dele... A tarde, eu vou*

fazer visita ou então fico aqui pra poder fazer as receitas (MÉD 2).

Cunha¹³ estabelece a analogia do “sujeito paciente no hospital” e do “sujeito da atenção básica”, o autor cita que o primeiro pode ser comparado a um tubo de ensaio no laboratório, pois em sua concepção ao separar o corpo da alma e ainda dividi-lo em especialidades permite que o saber biomédico seja suficiente para responder as demandas surgidas da gravidade da situação orgânica. Já o “sujeito da atenção básica”, é complexo, permeável a influências externas e é ele quem apresenta suas demandas e decide se submeter a um tratamento.[...] ao invés de procurar um médico ao necessário, elas procuram a toa, deu um espirro corre pro posto, num pode esperar pra ver se esse espirro vai evoluir, então é cultural....cria um volume muito grande de atendimento...Eu faço uma média de 30 atendimentos dia de consulta médica...nesses 30, você vê assim, que 5 realmente precisavam de atendimento, talvez nem tanto, talvez coisa de 3 a 5 no máximo, mais que isso não...de pessoas que realmente buscam o posto porque precisavam ser atendidos...O grande restante poderia esperar, poderia aguardar, mas infelizmente...é cultural né? (MÉD 2)

Observa-se que os profissionais por não possuírem tecnologias para transcender os sintomas que não se encaixam em seus saberes, logo tratam de encaixá-los nas questões psíquicas, sociais ou culturais. Sobre isto, Starfield¹⁴ destaca que devido aos limiares variados para busca da atenção, alguns pacientes procuram atendimento antes do que outros, no curso de sua doença. O que exige que os profissionais de atenção primária reconheçam que as manifestações de doenças são grandemente influenciadas por seu contexto social.

Vale ressaltar, que estas demandas deveriam ser devidamente acolhidas, escutadas problematizadas reconhecidas como legítimas, pois quando isso não acontece, são produzidos ruídos que se materializam, por exemplo, em queixas, reclamações, retornos repetidos, busca por outros serviços [...] eu atendo na média 25 a 30 pacientes por dia, e acabo fazendo uma consulta melhor para que esse paciente não tenha que voltar aqui 2 ou 3 vezes, e eu tenha que fazer uma consulta com ele de novo. Então a gente tenta fazer uma consulta bem feita, para ter menos retorno do paciente possível, e tentar dar uma atenção melhor, porque a pessoa na maioria das vezes quer mais atenção do que consulta. (MÉD 3).

Isto posto, evidencia-se que mesmo os usuários apresentando aos profissionais sinais e sintomas inespecíficos, os últimos oferecem soluções fragmentadas, por não possuírem em

sua caixa de ferramentas⁹ os saberes necessários para traduzir estes sintomas em necessidades. Muitas vezes os profissionais médicos conseguem reconhecer que os indivíduos não conseguem mudar muitas das circunstâncias nas quais se encontram, porém oferecem intervenções paliativas e não de cuidado, porque são direcionadas ao aumento da capacidade do indivíduo em se acomodar a situações que afetam a sua saúde e sua qualidade de vida, e não em mudá-las¹⁴. Um evidência encontrada que nos aponta sobre esta hipótese é a prescrição de medicamentos: [...] só medicamento, analgésico, dá orientação pra tentar amenizar, mas é muito difícil, porque assim, tem dor no corpo e não tem um colchão adequado...Então... não tem muita coisa pra fazer...(MÉD 1)

Neste aspecto Starfield¹⁴ salienta que em vez de supermedicar o problema de saúde, os médicos poderiam ajudar os pacientes a entender a gênese de seus problema e encorajá-los a se envolver em atividades coletivas, e não individuais, para lidar com os determinantes subjacentes dos problemas. (p.307).

Observa-se que a atenção básica exige dos profissionais a consideração, a todo tempo e de acordo com cada situação, as dimensões orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado¹⁵, pois, o cotidiano dos serviços apontam a necessidade de práticas que incluam outros saberes, devido ao fato dos problemas trazidos pelos usuários costumarem ser vagos e não relacionados a sistemas orgânicos específicos:[...] tem uma senhora aqui, o prontuário dela está enorme, ...ela está aqui todo dia, cada vez é um problema...Hoje ela está porque o filho juntou com uma mulher que ela não estava muito interessada, que tem uma filha deficiente, morando na casa dela, e tal...então ela vem me conta isso tudo, a gente ouve e....aí começa, dor aqui, dor ali, sabe?...não tem como fazer nada a não ser atender e ouvir... (MÉD 1)

Constata-se, portanto, que a atenção primária envolve o manejo de pacientes que, geralmente, têm múltiplos diagnósticos e queixas confusas que não podem ser encaixadas em diagnósticos conhecidos¹⁴. Além disso, como a saúde é fortemente influenciada pelo contexto social em que as pessoas vivem e trabalham, seria esperado que os fatores sociais fossem um dos componentes das interações médico-paciente.

Porém, como bem pontua Giovanella¹⁶ a adaptação dos médicos ao novo modelo assistencial tem sido um processo gradual e requer a qualificação das equipes, daí a urgência nos investimentos em treinamento para estes profissionais, para que estes se tornem familiarizados com a forma como os problemas se apresentam em estágios iniciais e, a partir daí,

sejam capazes de avaliar a importância relativa de vários sintomas e sinais em estágios iniciais da doença¹⁴ levando-se em conta os determinantes sociais.

Cabe relativizar que ao entender a saúde a partir do conceito ampliado, diante de inúmeras opções causais, torna-se difícil o estabelecimento de prioridades, e é sobretudo na prática que a multicausalidade se vê frequentemente reduzida a unicausalidade, quer por insuficiência dos instrumentos de intervenção quer porque as ações possíveis de serem implementadas em ato são consideradas insuficientes na abordagem rotineira dos problemas.¹⁷ Isto justifica a fragilidade que os profissionais e os serviços têm de efetivamente suprir as necessidades dos usuários a partir de uma abordagem holística. Tal abordagem é aceita e divulgada no discurso dos profissionais, porém a realidade do cotidiano dos serviços carece de tecnologias eficazes que abarquem esta forma de operar.

Em relação as práticas de acolhimento, percebe-se que os médicos a entendem como se fossem uma triagem a suas consultas:[...] *no horário de consulta, eu vejo que o acolhimento é muito bom...as pessoas chegam, tomam informações, explicam direitinho pra elas, as vezes elas querem fazer coisas que não é de tanta necessidade...as vezes tem coisa impossível, e as vezes elas não ficam satisfeitas com as respostas, mas eu acho que o acolhimento é bom.*(MÉD 2).

Vê-se o acolhimento da demanda espontânea na atenção básica se reduz a uma triagem para o atendimento médico. Percebe-se que quando a consulta médica é a principal, ou única, oferta de cuidado de uma unidade, a prática do acolhimento se limita a pesquisa em buscar respostas do tipo queixa-conduta. É crucial passar da lógica procedimento-centrada à lógica usuário-centrada¹⁵. Deste modo, o ato de acolher o usuário exige que a equipe seja conhecedora do conjunto de ofertas possíveis de serem apresentadas aos usuários e que devem estar a disposição.

Outro fator descrito pelos profissionais que influencia a prática do acolhimento é a estrutura física: [...] *o acolhimento não é bom....a estrutura física minha é horrível, ... é muito pequeno... aí junta com pacientes que não tem educação, junta um atendimento que as vezes a pessoa não entende bem o problema que o paciente quer passar pra ele entendeu? Então isso complica... Mas isso não é só aqui não, acontece no Pronto Atendimento também, que quem está na portaria não é uma pessoa que consegue ver quem é que está grave, quem é que não está, geralmente vê quem é que está fazendo bagunça e quem não está, é atendido primeiro quem faz bagunça, a verdade é essa!*(MÉD 3).

É certo que quase na totalidade das situações, o primeiro contato dos usuários que procuram as unidades de ESF ocorra com profissionais que não tiveram formação específica para atuar na área da saúde. Por isso, reitera-se a importância de incluir estes profissionais nos momentos de reflexão sobre o acolhimento. Já foram indicadas situações em que os profissionais da recepção podem identificar casos de maior risco e vulnerabilidade e facilitar o acesso dos usuários a uma avaliação mais rápida por parte de um profissional de saúde. Para isso, esses trabalhadores deveriam ser envolvidos em reuniões sistemáticas das unidades, que tivessem como foco a organização da recepção e escuta às pessoas, bem como os fluxos dos usuários na unidade e na rede¹⁵.

As Tecnologias da Equipe de Enfermagem (enfermeiras e auxiliares de enfermagem)

Observa-se que a maioria das enfermeiras possui mais que 5 anos no cargo na mesma unidade, o que representa, ao menos na teoria, inúmeros benefícios. Um deles que pode-se destacar é a relação de longa duração entre os profissionais e usuários, descrito por Starfield¹⁴ de Longitudinalidade. Por intermédio desta relação, os profissionais passam a conhecer os pacientes e os pacientes passam a conhecer seus profissionais com o passar do tempo. [...] *a auxiliar, como ela já é daqui, já mora aqui, trabalha aqui há séculos, então o povo tem mais intimidade....as vezes eles choram com ela....*(ENF 1). Constata-se que a relação estabelecida entre a equipe de enfermagem e usuários se dá de forma independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde e este é um item fundamental para o alcance dos objetivos da atenção primária.

Porém, do mesmo modo que os médicos, a maioria das enfermeiras assume uma postura de cunho biomédico em suas atividades: [...] *Como enfermeira eu faço vacina, coleta de preventivo, triagem, a parte administrativa também, as papeladas todas, as educações em saúde, visitas domiciliares, curativo, administração de medicamentos... Segunda e quarta é dia de coleta de sangue e tem as consultas médicas que acontecem todos os dias pela manhã. Dia de segunda e quarta eu também faço coleta de preventivo, dia de terça-feira é o dia do grupo de gestante, toda quinta-feira tem o grupo de hipertensão, e na sexta-feira já é a demanda espontânea, resultado de exames, e as visitas aí depende...* (ENF 2).

Do mesmo modo, as ações dos auxiliares de enfermagem seguem um padrão de atendimento as demandas biológicas, algumas relacionadas a prevenção [...] *...A prioridade de manhã é a coleta,*

a doutora, e os outros logo em seguida, que são as vacinas, os curativos, a entrega de medicamentos, e o mais, tendo urgência a gente vai atendendo também junto. (AUX. DE ENF 1).

Constata-se que as atividades desempenhadas pelos profissionais de enfermagem atem-se aos programas de atendimento prioritariamente das doenças, respondendo às solicitações verticalizadas dos protocolos assistenciais. Estas formulações impõem determinados padrões de comportamento às unidades e aos profissionais, os obrigando ao cumprimento de metas, numericamente instituídas, porém sem que isso seja sinônimo de melhorias de vida para a população. Parece faltar autonomia para que cada unidade desempenhe suas ações de acordo com o perfil da sua população adscrita. Além disso, esse modelo não fortalece as ações coletivas pois prioriza ações de caráter individual: pré-natal, vacinação, preventivo.

O que se percebe é a pacotificação de serviços sem que se leve em consideração e nem se priorize a realidade de cada local. O estudo foi realizado em 3 unidades diferentes de um mesmo município, e pode-se perceber perfis de clientela e necessidades distintas. Uma das unidades reúne população em alta vulnerabilidade social, criminalidade, drogas, gravidez na adolescência, violência doméstica. [...] *Olha pra falar a verdade é muita carência aqui, a maioria das consultas hoje em dia é uma questão social, é a pessoa que não tem o que comer em casa, e vem as vezes desabafar, é a pessoa que não tem o que dar pros filhos, que quer as vezes uma medicação pra deixar os filhos dormindo pra não sair pra roubar... questão de alimentação...acontece demais a pessoa não ter o que comer..o apanhar do marido...* (ENF 3) A outra unidade apresenta demandas de doenças infectoconagiosas, verminoses, etc.[...] *Olha, a maior demanda é hipertensão e diabetes mesmo...e ...verminoses...eu já trabalhei em Reduto e achei bem diferente...é um problema sério de lixo aqui...* (ENF 1). E a última, reúne maior demanda ambulatorial [...] *hipertenso e diabético pra gente atingir o máximo deles e pra não ficar sem acompanhamento existe o dia do hipertenso e diabético que é quarta-feira de manhã, então assim, dia de consulta médica, né? eles são divididos por micro-areas e o atendimento é só pra eles mesmo, e aí tem o dia deles.* (ENF 2).

Destaca-se assim, que apesar de apresentarem características diferentes, todas as unidades encontram-se submetidas as mesmas regras de produção e ao cumprimento das mesmas metas. Neste sentido, o próprio sistema permanece copiando o modelo tradicional a partir do cumprimento do “tipo-ideal” das lógicas positivistas. Não significa dizer, porém que os

Protocolos não sejam úteis, ou que metas não devam ser utilizadas, o que pondera-se é o engessamento das ações, a relativização de seus efeitos nas reações singulares consideradas mais eficazes e resolutivas. Acredita-se que a flexibilização dos protocolos juntamente com o estímulo a autonomia das ESF, sem prejuízo do vínculo financeiro, mediado pela avaliação de indicadores epidemiológicos, possam contribuir para práticas mais eficazes.

A atual dinâmica protocolizadora além de não ser resolutiva é anti-motivacional visto que muitos profissionais sentem-se desmotivados em realizar funções que não serão creditados como válidos por não fazerem parte do pacote de metas estabelecidas, pois entende-se que as ações resolutivas não são premiadas, pois não fazem parte dos indicadores que avaliam a unidade como cumpridora de seus deveres.

Nas unidades observadas somente uma parecia exercer as funções para além destes números. Nela foi observado que construção de redes sociais de apoio, levantamento dos recursos da população, são rotineiramente realizados. [...] *eu, junto com os agentes de saúde a gente tenta, ou liga pra ação social, tenta uma cesta básica, mas a maioria das vezes a gente tira do próprio bolso, ou cada um traz um alimento, monta uma cesta básica e dá pra pessoa. Ou até mesmo tenta arrumar um emprego, tenta arrumar uma faxina...a gente tenta manter isso em sigilo, porque senão a gente não dá conta.* (ENF 3).

Nesta mesma unidade ouve o registro de ações que ultrapassam os estabelecidos nos protocolos e visam o atendimento das reais necessidades da população: [...] *um jovem a gente conseguiu tirar das drogas, a gente deu suporte, arrumou emprego, aconselhou a família, e ele vinha a nós, pedia ajuda, e todo mundo corria dele...ele passou 7 meses internado, na época ele chegou a pesar 60kg, assim, ele tava acabado, queria morrer, (a enfermeira se emociona, os olhos encheram de lágrimas), e o que aconteceu? Era pra ele ficar 9 meses internado e ele ficou 7 meses, e quando ele saiu o primeiro lugar que ele procurou foi nós, pra agradecer e pedir um emprego...hoje, já passa de um ano, ele continua trabalhando no mesmo emprego, ta de carteira assinada, e não voltou pras drogas* (ENF 3).

As demais unidades pareciam se limitar a cumprir as atividades propostas nos protocolos, delegando, pelo menos no discurso, os casos considerados sociais, ao NASF, [...] *O que a gente resolve de verdade aqui é parte da doença e tenta prevenir a que podem surgir....o caso da carência, sei lá...da falta de dinheiro...Isso tudo é muito difícil da gente estar resolvendo, a gente pede a assistente social para estar intervindo, mas nessa parte assim a gente fica meio sem saber o que*

fazer, porque não depende exatamente da unidade ou da equipe, né? (ENF 2).

É certo que as unidades de ESF são palco de inúmeras solicitações perpassadas de transversalidade, pois se entende que ali se buscam soluções para os mais variados problemas, sejam eles físicos ou sociais. Cabe, portanto ao profissional, reconhecer esta dinâmica dialética e passar a reconhecer nos fluxos afetivos oportunidades de estabelecer relações terapêuticas que possibilitem a escolhas de caminhos para a intervenção clínica¹³

Em relação as práticas de acolhimento, constatou-se que a maioria das enfermeiras delega esta função ao pessoal auxiliar, realizando somente ações de triagem das consultas e consultas propriamente ditas: [...]eu deixo que o acolhimento seja feito pela auxiliar...ela faz uma listagem e aí vai dando prioridade...Quem já tiver passando mal já vai passando na frente...ela faz esse primeiro acolhimento e depois passa pra mim os que são prioridade...(ENF 1) [...] Agora a gente tem uma auxiliar administrativa ali na frente, é ela que faz a triagem das pessoas...é ela quem recebe as pessoas, a pessoa vai até ela, fala o que quer e o que deseja e aí ela vê qual a necessidade, qual que tem mais necessidade, aí ela encaminha para enfermeira, aí a enfermeira dá continuidade. O acolhimento então é feito por ela...(AUX. ENF 2).

É equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção, ou a qualquer trabalhador isoladamente, pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar¹⁵. Reitera-se que o acolhimento pode facilitar a continuidade e redefinição dos projetos terapêuticos dos usuários.

As enfermeiras enfatizam a importância de um espaço específico para a realização das práticas de acolhimento: [...] acolhimento não é feito ali, geralmente ela chama individual pra salinha de pré-consulta, ela dá uma agilizada na pré-consulta manda pra doutora e nesse meio tempo ela vai fazendo o acolhimento individual né?(ENF 1).

Sabe-se que independente do local onde se operam as práticas de acolhimento, as conversas com os usuários e, sobretudo, as experiências de acolhimento vividas por eles podem facilitar a construção de vínculos com os trabalhadores, bem como ampliar a capacidade de autocuidado, na medida em que se vêem capazes de reconhecer sua situação e seguros quanto à possibilidade de serem acolhidos na unidade de saúde, e isto deve ser enfatizado.

Outra tecnologia que surge nos discursos das enfermeiras é a educação em saúde, nas quais são realizadas ações visando a prevenção de doenças e agravos, bem como o acompanhamento e controle do processo de

saúde e doença dos usuários: [...] eu tenho reunião de hipertensos toda terça de uma as duas, e o GAT começa as duas e meia, então o educador físico aqui faz meio que isso e ajuda em algumas educação em saúde que eu faço. (ENF 1).

Observa-se que as práticas de educação em saúde obedecem a mesma lógica protocolizadora estabelecida pelas linhas guia assistenciais. A realização da educação em saúde a partir de reuniões em grupos operativos é prática comum em todas as unidades, e a presença dos profissionais do NASF nos discursos é unânime: [...] educação em saúde? A gente tem os grupos específicos, tem o grupo de hipertenso, tem o grupo da gestante, que uma vez por mês a gente faz uma reunião, os hipertensos a gente tem grupos semanais...na reunião a gente orienta melhor sobre a importância de tomar a medicação nos horários, a importância da alimentação, da atividade física, e tem o NASF que dá essa orientação toda sexta-feira com o grupão sobre a atividade física, é o educador físico que faz isso. (ENF 2) [...] as educações em saúde também a gente faz toda semana, as segundas-feiras a gente tem na quadra atividade física com o NASF, a educadora física com a nutricionista, aí lá eles fazem atividade física, e tem um momento de orientação, de palestra, é onde também é aferida a pressão e feito esse controle de glicemia. Nas terças-feiras também a gente tem um grupo para sala de espera com a assistente social, e faz visitas também. (ENF 3)

Percebe-se que apesar do discurso do trabalho em equipe, há uma clara divisão de tarefas, como se o terreno de ações da unidade de ESF fosse delimitado por barreiras imaginárias. À equipe básica da ESF cabe resolver ações referentes ao cumprimento de metas, relacionadas nos protocolos assistenciais, bem como a resolução dos casos confirmadamente patológicos. Já os casos que ultrapassem esse limiar, considerados como “sociais” são encaminhados ao NASF, bem como as atividades de educação em saúde.

NASF – uma tecnologia de cuidado

O NASF é regulamentado pela Portaria GM 154 de 2008¹⁸ e prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência¹⁸. Neste sentido, atua de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir da responsabilização compartilhada junto as equipes de ESF, identificando as demandas em conjunto com os profissionais das unidades de ESF através de um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidades.

Em Manhauçu, o serviço do NASF está organizado da seguinte maneira: para cada

unidade de ESF há 1 membro do NASF que exerce a função de gerenciador da equipe, é ele quem participa das reuniões de equipe da unidade, sendo o responsável pela comunicação dos problemas e prioridades da unidade aos demais membros da equipe do NASF. Esta comunicação ocorre nas reuniões semanais do NASF. Nestas reuniões são discutidos os casos que necessitam de atendimento e/ou acompanhamento mais ostensivo. [...] *Não tem um caso que aconteça comigo, que a fisioterapeuta não fique sabendo...essas reuniões de planejamento, é justamente pra isso, pra gente discutir os casos né? Então...todo caso que as vezes eu pego, não é só o parecer do assistente social, é lógico que tem a visão do assistente social, mas só que antes disso, eu conversei com o psicólogo, eu conversei com o nutricionista, com a educadora física, né? Todos nós trabalhamos em equipe mesmo, o trabalho é compartilhado.*(ASSIST. SOCIAL, NASF).

No NASF de Manhauçu os profissionais dividem-se e se organizam de forma a prestar atendimento nas diversas unidades de saúde. Estes atendimentos estão em sua maioria relacionados as ações de educação em saúde e aos grupos operativos: [...] *o básico do NASF é ou elaborar, ou auxiliar a educação em saúde.* (ENF 1) [...] *Nós trabalhamos com uma agenda de saúde com datas comemorativas de combate a determinados problemas, acometimentos comuns aquela população, como hanseníase, tuberculose né, doenças endêmicas e aí a gente faz um trabalho de educação em saúde pra diagnóstico precoce e prevenção também dessas doenças.* (FISIOTERAPEUTA, NASF).

Dentre as atividades desenvolvidas pelo NASF em Manhauçu, destacam-se: Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), que desenvolve ações à grupos terapêuticos específicos como idosos, crianças, adolescentes, planejamento familiar, problemas posturais, reabilitação assoalho-pélvico, pacientes em uso de insulina, hipertensos, diabéticos, atividades físicas, dentre outros. Observa-se a constante preocupação dos profissionais do NASF em interagir com a população, apreendendo dela as demandas subjetivas [...] *no início de cada grupo a gente conversa com eles, a gente tem uma relação de troca com eles, de amizade, buscando coisas novas para estar trazendo para a comunidade, para estar proporcionando momentos para a comunidade de educação em saúde, de lazer, de aumento da auto estima, que a gente tem um público que tem a auto-estima bem baixa, dos diversos problemas que eles tem, então eu acho que é uma equipe que tem trabalhado muito em prol da comunidade.* (EDUCADOR FÍSICO, NASF). [...] *a gente costuma fazer muito esse*

acolhimento, quando eles estão aguardando uma consulta, aí nós chegamos perto deles, sempre a gente leva um tema pra discutir com eles na sala de espera, enquanto eles estão aguardando, e aí a partir desse contato com eles a gente começa a perceber também as demandas... (ASSIST. SOCIAL, NASF)

Também há o Projeto de Saúde no Território (PST), que tem como objetivo formalizar parcerias com diferentes instituições comunitárias como creches, escolas, pastoral da criança, grupo de vicentinos, dentre outros, para desenvolver ações de promoção da saúde.[...] *os grupos de atividade física começam as 8 horas, aí a gente se dirige pros locais que geralmente são quadras ou salão de igreja, que cede o local pra gente aí a gente faz, começa o grupo com a aferição da PA, índice glicêmico, pega as assinaturas de todo mundo, depois geralmente a gente faz uma palestra sobre temas relacionados a saúde e a seguir eu faço a atividade física para o grupo.* (EDUCADOR FÍSICO, NASF).

E por último, desenvolvem atendimentos específicos, individuais no domicílio, de forma compartilhada por todos os membros da equipe.[...] *eu faço uma visita em domicílio, eu tento tratar a questão física, mas tem uma série de questões sociais, psicológicas influenciando o indivíduo, é uma possibilidade de atuação mais rica, então a gente tenta fazer quase como um enxame de abelhas, assim, a gente vai, aborda, e tenta desfazer aquele novelo de problemas pra tentar melhorar...* (FISIOTERAPEUTA, NASF)

Vale ressaltar que o atendimento dos profissionais do NASF não se refere à especialidade, o trabalho destes profissionais tem o enfoque maior de apoiar a atenção primária através do compartilhamento de responsabilidades e desenvolver ações de promoção da saúde junto à comunidade, bem como acionar outras instâncias governamentais quando necessário, tendo em vista o desenvolvimento de ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras.

Observa-se portanto, que o NASF em Manhauçu, desenvolve ações em grupos, em atividades previamente agendadas, não sendo prioridade o atendimento individualizado ou clínico, mas quando necessário o fazem. A finalidade primordial do NASF é o fortalecimento do cuidado aos usuários do SUS de forma integral, humanizada e continuada, buscando sempre o atendimento das necessidades de saúde, contribuindo para a resolutividade das ações no nível primário.

Agentes comunitários de saúde – o enlace entre a comunidade e as unidades de saúde

Todos os ACS do estudo possuem único vínculo, como determina a legislação, e em sua maioria atuam na unidade a mais de 2 anos. Costa e Carbone¹⁹ relatam que os ACS representam o elo entre os serviços de saúde e a população. Cabe a eles o cadastro de todos os domicílios e identificação das pessoas ou famílias que precisam de mais atenção das equipes de saúde. São eles também os responsáveis por identificar os problemas de saúde predominantes e as situações de riscos aos quais a população está exposta e prestar assistência integral àquelas famílias em casa na comunidade e no acompanhamento quando houver necessidade de serem atendidas nos postos de saúde e hospitais.

Do mesmo modo que as enfermeiras, algumas ações dos ACS fazem parte do pacote de serviços instituídos nos programas, o que os obrigam a cumprir uma agenda de visitas: [...] *nem todo mundo aceita nossa visita sabe? Tem paciente que num quer receber visita! Fala, ah eu num preciso, eu tenho meu plano de saúde, aí a gente explica para eles, que mesmo que eles num queiram, depende deles para o posto estar funcionando, porque tem uma demanda que a gente tem que cumprir, uma quantidade de, por exemplo, de preventivo dessas mulheres, o pré-natal...*(ACS 5).

Estas obrigatoriedades verticalmente instituídas, contribuem para atos ilícitos de forjar assinaturas ou procedimentos somente para que se digam que as metas foram cumpridas. Ações como estas se distanciam dos pressupostos que direcionam a organização do trabalho na ESF que apontam para o estabelecimento de vínculo entre profissionais da saúde e comunidade, que enfatizam o envolvimento do usuário na programação em saúde como possibilidade de melhorar a atenção à saúde por meio de práticas e ações que tenham relação com as necessidades da comunidade²⁰

Constata-se que o ACS dispõe de tecnologias diferenciadas de escuta, conversas e observação, o que permite a eles maior aproximação junto aos usuários / comunidade, numa questão de identificação / aceitabilidade de seus discursos. Apesar de não possuírem formação específica na área da saúde, possuem 2 qualidades fundamentais para APS: conhecimento da comunidade e capacidade de observação. São os profissionais que se utilizam mais das visitas domiciliares e se beneficiam dela para apreender as demandas, inclusive apontando aos demais membros da equipe as necessidades encontradas e solicitando a eles intervenções: [...] *procuro observar o ambiente, que as vezes a pessoa tem um pouco de dificuldade de passar aquilo que ta sentindo, né? Aí eu procuro observar, o que ela está querendo dizer a mais do que aquilo que ela*

realmente ta me falando, aí eu procuro observar, aí pergunto né?... (ACS 1)

O ato de conversar e ouvir pode ser considerado uma tecnologia, se forem entendidas como uma possibilidade de intervenção²¹ O simples fato de oferecer uma pergunta é uma tecnologia de trabalho do profissional de saúde, que dá ao paciente - usuário a oportunidade de verbalizar, permitindo-o assumir uma condição de valor sobre a situação relatada. A pergunta torna-se portanto, não só uma forma de avaliação mas também de intervenção, pois falar permite (re)significar o que foi dito e desvendar as interações simbólicas existentes no contexto: [...] *a gente que...convive no dia a dia com as pessoas, a gente tem tempo de conversar, aí você chega lá a pessoa, ah to passando mal, To com uma dor de cabeça, aí você para, senta, começa a conversar com a pessoa, aí quando a gente sai de lá, a dor de cabeça já foi embora.*(ACS 5).

Constata-se que o ato de intervir mediante conversas podem aliviar o sofrimento físico e emocional dos indivíduos. Cabe, portanto apontar que estas intervenções devam ter caráter consciente, intencional, para serem consideradas como tal. Evoca-se a necessidade do estabelecimento de uma tecnologia própria para o trabalho na APS que inclua, o que chama-se de conversa terapêutica e escuta sensíveis, devidamente fundamentadas. Nota-se que a escuta cria um espaço relacional no qual o outro torna-se importante: [...] *eu converso direitinho, mostro que sou uma amiga, que além de uma profissional, eu sou uma amiga deles....*(ACS 1).

Observa-se que muitos profissionais a estabelecem quase que acidentalmente, quando a ação no cotidiano solicita que seja uma ação consciente. Entende-se por conversas terapêuticas as conversas privilegiadas que ocorrem entre profissionais e famílias / indivíduos no contexto do sofrimento da doença e/ou nos momentos de encontro das práticas de saúde. Neste caso, o trabalho do profissional é oferecer perguntas, colocando-se em atitude de curiosidade e respeito em busca de novas informações, entendendo que o ato de ouvir é também terapêutico. Acredita-se que contando a história o usuário pode interpretar e resignificar seu próprio sofrimento, e também as suas forças; e o fato de ouvir a história é testemunhar, prover afirmação moral do esforço daquela pessoa em encontrar sentido para aquilo que está vivendo. Assim, a voz de quem fala deve ser cultivada para que informações relevantes sejam reveladas e vínculos terapêuticos sejam construídos.

Este reconhecimento possibilita a escolha de caminhos para a intervenção clínica¹³. Por isso, a oferta de perguntas parece ser oportuna para desvelar caminhos disponíveis, permitindo

identificar inclusive as fontes de tensão, repulsa e aproximação. Deste modo, esta prática é afirmadamente eficaz para as práticas na APS pois permite o delineamento terapêutico individualizado e contextualizado a partir da dinâmica das famílias, (re)conhecendo os sujeitos a partir de suas singularidades, percebendo as redes de apoio social possíveis de serem acionadas, etc.

Muitos profissionais já realizam tal conduta, porém não registram esta ação como sendo terapêutica, não compartilham formalmente as informações que brotam destes momentos, não permitindo que se tornem evidências para uma clínica compartilhada. Sendo assim, os profissionais carecem da apropriação de tecnologias específicas para as práticas junto às famílias.

Além das perguntas, da conversa terapêutica, é necessário lançar luz sobre as práticas de observação, tão importantes para a apreensão das necessidades dos usuários e suas famílias. Este ato de cuidado é também freqüente nas falas dos ACS: [...] *observar se ta tudo ok, como é que está a situação na casa, porque, primeiramente o paciente não passa pra gente o que está acontecendo, num é nem de problema médico, mas algum problema emocional, algum problema na casa...Observando ele, observando a fisionomia dele, perguntando como você está, e o tratamento? Como vão seus filhos? Tudo...aí a gente vai conversando, perguntando, observando a família também....*(ACS 2). Estar atentos as respostas e comportamentos dos usuários permite a possibilidade de compartilhamento de informações. Enfatiza-se que são os ACS os únicos a referirem a importância da relação da família na condição do usuário, e sobre isto destaca-se a importância dos profissionais alterarem seus padrões usuais da prática clínica, do paciente individual para família, mas isso requer uma mudança conceitual e de paradigma do cuidado.

Ressalta-se que os ACS devem estar aptos a reconhecer determinadas situações de agravo e saibam argumentar junto a equipe as demandas que requeiram prioridade nos atendimentos: [...] *quando a gente vê que é só um lado médico mesmo, aí a gente passa pro doutor, mas quando a gente vê que é mais uma conversa, que precisa desabafar eu passo primeiro pra enfermeira, aí se ela mesma não conseguir resolver, ela mesma encaminha para os outros profissionais...*(ACS 4). Para tanto, os ACS devem ser capacitados sobre os diferentes aspectos do processo saúde-doença. Além do saber biomédico, precisam incorporar em sua formação, outros saberes que favoreçam o processo de interação deles com as famílias, bem como a identificação de suas necessidades¹⁹.

Os ACS são os profissionais que mais conhecem a realidade das famílias:[...] *A gente sabe tudo...sabe o quanto ganha por semana, por mês, as pessoas te contam coisas que assim...que as vezes até pro médico não fala, aí ajuda muito, porque a gente entra na casa da pessoa, e a gente vê tudo, aí a gente sabe tudo, a condição, o que a pessoa ganha, se ganha pouco, até a alimentação das pessoas a gente sabe, o horário, as crianças, se vão pra escola, se estão bem cuidadas, a gente sabe tudo!Acho que nem precisava de IBGE não (risos), a gente sabe tudo....*(ACS 4).

Isto demonstra a importância deste profissional para o alcance dos preceitos da APS, além de contribuir para a acessibilidade dos serviços, pois não há como subestimar que a relação usuário-profissional implica na utilização dos serviços de saúde bem como na aderência do usuário à conduta terapêutica sugerida. Starfield¹⁴ salienta que uma melhor acessibilidade aos serviços está associada a uma maior probabilidade de atenção ao primeiro contato e isto se deve a criação de vínculo, aceitabilidade do serviço, e principalmente a facilidade de utilização, ausência de barreiras organizacionais (pg, 210).

A autora pontua ainda que essas vantagens são melhor alcançadas quando a relação é com um profissional em particular, e não com um local específico. Explica que ver o mesmo grupo de profissionais facilita o reconhecimento de determinadas necessidades, como os serviços preventivos¹⁴.

Deste modo, entende-se que estratégias de manutenção das equipes devem ser realizadas para que além da identificação com o ambiente, haja também a fidelização com os profissionais, e os usuários possam estabelecer relação de confiança com a Unidade. Utiliza-la não só porque é perto de sua residência, ou pelo serviço ser gratuito, mas por considerar que exista uma relação de confiança e identificação com os profissionais que lá trabalham.

Há a necessidade do fortalecimento do vínculo entre as profissionais e usuários. Entende-se por vínculo, o processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos⁴. Nas falas dos ACS encontra-se presente esta ligação, de uma preocupação afetiva com os usuários: [...] *Dentro da minha área, tem uma mulher que já tentou o suicídio já várias vezes, eu ia lá a noite, de tarde, de manhã, as vezes a gente deixa até o lado de agente de saúde, e deixa o ser humano falar até mais alto né?* (ACS 5).

Constata-se, portanto, que os ACS exercem papel fundamental para o sucesso da ESF enquanto porta de entrada dos serviços de saúde, pois são capazes de combinar atividades e

técnicas diversas, de modo a melhor atender os usuários, adequando a assistência prestada a recursos escassos, considerando os aspectos sociais, culturais e econômicos presentes na vida diária da população e na rede assistencial, considerando principalmente os aspectos relacionados às famílias.

CONSIDERAÇÃO FINAIS

Constatou-se que as práticas desenvolvidas nas unidades de ESF parecem não incluir a família na concepção de suas abordagens, replicando a assistência ao indivíduo. Na maioria dos discursos evidencia-se que os usuários são percebidos como inseridos em seus contextos sociais, mas sem lançar luz sobre as questões da família, sem que esta seja entendida como o centro norteador de suas situações de viver e adoecer. Sugere-se que a família passe a ser o foco central das ações em saúde nas unidades de ESF, que as práticas de avaliação e intervenção familiar tornem-se tecnologias imprescindíveis nas unidades.

Outra tecnologia que demonstrou-se útil para o fortalecimento dos preceitos da APS é o acolhimento. Este recurso tecnológico evidencia as dinâmicas e os critérios de acesso a que os usuários estão submetidos, podendo ser utilizado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo captar ruídos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores, para que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário. Desta forma, o acolhimento apresenta-se como uma importante tecnologia de intervenção.

Por fim, evidencia-se a necessidade da utilização de tecnologias que ultrapassem o viés biológico do processo saúde – doença. Neste sentido, as práticas em saúde são desafiadoras, pois, simultaneamente, entrelaçam a subjetividade do portador da necessidade e a legitimação ou não dessa necessidade por quem tem a capacidade de atendê-la. A partir disto, observa-se que o contato estabelecido entre o profissional e usuários, e relação que se estabelece entre eles é fundamental para o êxito do acesso /utilização dos serviços de saúde, bem como a resolutividade das ações desempenhadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- MERHY, E. E. & FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: Contradições e novos desafios. In: Congresso Paulista de Saúde Pública, Anais, pp. 145-154, São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública; 2000.
- 2- PENNA, C. M. M.; et all. Equity and resolution: of theory to construction in daily of health professionals. Online Brazilian Journal of Nursing (Embedded image moved to file: pic26962.gif), v. 6, p.1091/283, 2007.

- 3- PENNA, C. M. M, et all. Representações sociais de usuários sobre o atendimento em uma unidade de saúde da família. Cadernos Saúde Coletiva (UFRJ) v. 17, p. 1075-1091, 2009.
- 4- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para Gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 5- TRAVASSOS, Cláudia.; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.
- 6- OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; CARVALHO, Marília Sá; TRAVASSOS, Cláudia. Acesso à Internação Hospitalar: Territórios do SUS. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup. 2:S298-S309, 2004
- 7- SANTOS, Tatiana Vasques Camelo dos; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 22, n. 1, p. 149-156, Mar. 2013 .
- 8- VIEGAS, S.M.F. A integralidade no cotidiano da estratégia Saúde da Família em Municípios do Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2010.
- 9- MERHY, Emerson. SAÚDE a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: 3º ed, Ed Hucitec, 2007.
- 10- MAFFESOLI M. O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva. Porto Alegre: Sulina; 2007.
- 11- FONTANELLA B J B, Ricas J, Turato E R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Caderno de Saúde Pública. 2008 Jan; 24(1):17-27.
- 12- BARDIN L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70 LTDA; 2010
- 13- CUNHA, G T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- 14- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- 15- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde; 2011
- 16- Giovanella, L; Escorel, S; Mendonça, MHM. Estudos de Caso sobre a implementação da

Estratégia da Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos. DAB/SAS/MS – Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde; 2009.

17- OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000.

18- Brasil, PORTARIA GM Nº 154 DE 24 DE JANEIRO DE 2008, Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

19- COSTA, E.M.A; CARBONE, M.H. Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

20- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa agentes comunitários de saúde (PACS) / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

21- WRIGHT, L.M. Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Rocca; 2008.

WATSON, T. Estimulação Elétrica para a cicatrização de feridas. In: KITCHEN, S.; BAZIN, S. **Eletroterapia de Clayton**. 10. ed. São Paulo: Ed. Manole, 1998.