

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Carolina Britto Miranda

**CARTAS À FLORENCE NIGHTINGALE: considerações a partir da experiência a respeito da Parceria Público Privada na atenção básica da rede de saúde**

Porto Alegre  
2021

Carolina Britto Miranda

**CARTAS À FLORENCE NIGHTINGALE: considerações a partir da experiência a respeito da Parceria Público Privada na atenção básica da rede de saúde**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeira da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof Dr Dilmar Xavier da Paixão

Porto Alegre  
2021

### CIP - Catalogação na Publicação

Miranda, Carolina Britto

CARTAS À FLORENCE NIGHTINGALE: considerações a partir da experiência a respeito da Parceria Público Privada na atenção básica da rede de saúde / Carolina Britto Miranda. -- 2021.

50 f.

Orientador: Dilmar Xavier da Paixão.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Curso de Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Relato de experiência. 2. Parcerias Público Privadas na saúde. 3. Atenção Básica. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Paixão, Dilmar Xavier da, orient. II. Título.

Carolina Britto Miranda

**CARTAS À FLORENCE NIGHTINGALE: considerações a partir da experiência a respeito da Parceria Público Privada na atenção básica da rede de saúde**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeira da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof Dr Dilmar Xavier da Paixão

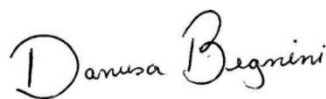
Examinado em 18 de novembro de 2021

Banca Examinadora



---

Professor Doutor Dilmar Xavier da Paixão  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Escola de Enfermagem  
(Orientador)



---

Professora Mestre Danusa Begnini  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Escola de Enfermagem  
(Examinadora)

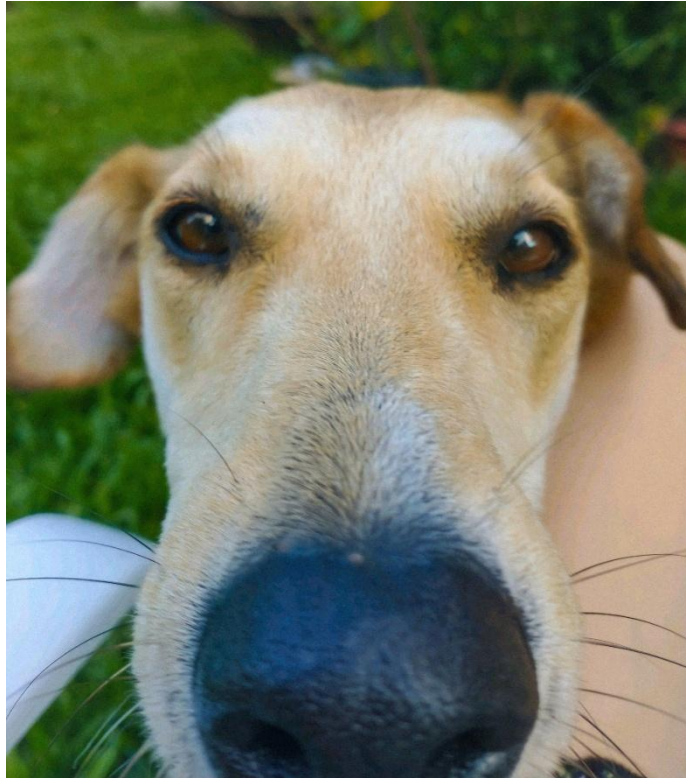


---

Doutoranda Gabriele Domeneghini Mercali  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Escola de Administração  
(Examinadora)

## DEDICATÓRIA

À minha filha canina Florence que, ao ser adotada, trouxe alegria para minha vida. A cada vez que olho em seus olhos tenho esperança de dias e momentos melhores, com expectativa de tudo que ainda vamos viver juntas.



## **AGRADECIMENTOS**

À todas e todos os profissionais de saúde, professoras e professores que tive contato durante os 7 anos e meio de graduação e que, de alguma forma, contribuíram para este trabalho e para construção da enfermeira que eu quero ser.

Ao meu orientador professor doutor Dilmar por aceitar o meu convite e, com paciência, tranquilidade e otimismo, me acompanhar e orientar. Às professoras Danusa e Gabriele por integrarem a banca de avaliação.

À minha psicóloga Laura Wottrich e ao meu psiquiatra Nilson Sibemberg pelo cuidado e acompanhamento há quase 6 anos e por me ajudarem a não desistir da vida.

Às minhas tias enfermeira Suzana e enfermeira Eva pela inspiração e apoio para seguir nessa difícil profissão.

À minha família pelo incentivo e por me proporcionar condições de me dedicar exclusivamente aos estudos durante todos esses anos.

À minha irmã pedagoga e mestra em educação Aline pela ajuda, dedicação, paciência e motivação.

Ao meu afilhado João Pedro por ser luz e trazer cor para minha vida. A dinda te ama muito!

Ao meu namorado e companheiro Rodrigo por todo o amor, cuidado e incentivo ao longo desses 5 anos juntos.

## RESUMO

Esta monografia resultou de um estudo qualitativo, reflexivo, a partir de relatos da experiência pessoal como graduanda em Enfermagem durante práticas disciplinares e o estágio curricular no período de 2019 a 2021. O estudo reflete sobre o cenário atual da Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família no município de Porto Alegre, considerando-o no contexto da síndrome Covid-19, bem como das parcerias público privadas firmadas pela Prefeitura Municipal para a rede municipal de saúde no período considerado. A partir disso, buscou-se responder o questionamento: quais considerações podem ser feitas a respeito da parceria público privada aplicada a uma unidade de estratégia de saúde da família, considerando os aspectos da qualidade da assistência à saúde, dos processos de trabalho, e da satisfação dos clientes/usuários? Diante da presente proposta de ser um relato da experiência indico como recomendação que existem múltiplos fatores ainda pouco explorados e merecedores de análises mais criteriosas se quisermos assumir o compromisso de melhores condições de vida e saúde para o coletivo das pessoas. Por fim, considero que o aprendizado foi enriquecedor, embora os desafios apontados e que, infelizmente, permaneceram na ambiência das atividades da população.

**Palavras chave:** Relato de experiência. Parcerias Público Privadas na saúde. Atenção Básica. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

This monograph resulted from a qualitative, reflective study based on reports of personal experience as a nursing student during disciplinary practices and the curricular internship from 2019 to 2021. The study reflects on the current scenario of primary health care and the Strategy Family Health in the city of Porto Alegre, considering it in the context of the Covid-19 syndemic, as well as the public-private partnerships signed by the City Hall for the municipal health network in the period considered. From this, we sought to answer the question: what considerations can be made about the public-private partnership applied to a family health strategy unit, considering the aspects of quality of health care, work processes, and customer/user satisfaction? In view of the present proposal of being an report of the experience, I suggest as a recommendation that there are multiple factors that are still little explored and deserving of more careful analysis if we want to commit to better living and health conditions for the collective of people. Finally, I believe that the learning process was enriching, despite the challenges mentioned and that, unfortunately, remained in the context of the population's activities.

**Keywords:** Experience report. Public Private Partnerships in Health. Primary Care. Primary Health Care.



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>PRIMEIRA CARTA À FLORENCE .....</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>SOBRE A EXPERIÊNCIA E A NARRATIVA.....</b>	<b>15</b>
<b>4.1</b>	<b>Carta à Florence sobre a experiência em enfermagem.....</b>	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>19</b>
<b>6</b>	<b>O CASO DO IMESF .....</b>	<b>21</b>
<b>6.1</b>	<b>Carta à Florence sobre o caso do IMESF .....</b>	<b>24</b>
<b>7</b>	<b>AS PARCEIRAS PÚBLICO PRIVADAS NA REDE DE SAÚDE .....</b>	<b>29</b>
<b>7.1</b>	<b>Carta à Florence sobre as Parcerias Público Privadas na rede de saúde.</b>	<b>30</b>
<b>7.2</b>	<b>O acolhimento .....</b>	<b>32</b>
<b>7.3</b>	<b>O fenômeno Covid-19 .....</b>	<b>34</b>
<b>7.4</b>	<b>A qualidade da assistência à saúde .....</b>	<b>36</b>
<b>7.4.1</b>	<b>Primeiro caso .....</b>	<b>37</b>
<b>7.4.2</b>	<b>Segundo caso .....</b>	<b>38</b>
<b>7.4.3</b>	<b>Terceiro caso.....</b>	<b>39</b>
<b>7.4.4</b>	<b>Quarto caso.....</b>	<b>41</b>
<b>7.5</b>	<b>O trabalho em equipe na saúde .....</b>	<b>43</b>
<b>7.6</b>	<b>Satisfação dos usuários .....</b>	<b>44</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>45</b>
<b>8.1</b>	<b>Carta de Esperança à Florence .....</b>	<b>46</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho trata-se de um estudo qualitativo e reflexivo, a partir dos meus relatos de experiência durante as práticas disciplinares e estágio curricular no período de 2019 a 2021, utilizando como metodologia a análise qualitativa, descrita por Maria Cecília de Souza Minayo (2012) e o relato de experiência e narrativa descritos por Walter Benjamin (2012).

O estudo pretende refletir sobre o cenário atual da Atenção Básica (AB) e Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Porto Alegre, considerando-o no contexto da sindemia<sup>1</sup> da Covid-19 pelo vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome Corona-virus 2* (SARS-CoV-2) e das Parcerias Público Privadas (PPP) firmadas pela Prefeitura Municipal para a rede municipal de saúde.

Essa temática torna-se relevante, pois reúne diversos relatos de experiências que podem ser aproveitados para análises mais densas por quem tiver interesse no assunto, a fim de auxiliar avaliações futuras por estudantes e profissionais deste modelo de PPP na saúde. Também considero importante documentar a minha percepção e considerações percebidas sobre esse modelo de PPP na área da saúde pública, como retorno para outras pesquisas e estudos sobre essa conjuntura.

A motivação para este trabalho surgiu a partir das minhas experiências e vivências durante o estágio curricular obrigatório na AB, durante a nona etapa do curso, em uma das unidades de saúde participante da rede de saúde sob administração de uma empresa hospitalar. Interações com os usuários, com profissionais da equipe e conversas com a gerência da unidade despertaram minha curiosidade para buscar entender os aspectos da PPP na assistência pública em saúde, seus possíveis impactos na qualidade das ações disponibilizadas à população e a satisfação dos usuários com o serviço.

Para tanto, serão trabalhados conceitos específicos de experiência e narrativa apresentados por Walter Benjamin; os relatos de experiência e diários de campo trazidos por Florence Nightingale e a referência fundamentada na pedagogia da autonomia descrita por Paulo Freire, que induz a reflexões acerca do cenário político atual.

---

<sup>1</sup>O termo sindemia é a combinação das palavras sinergia e pandemia e é utilizado para caracterizar uma situação em que duas ou mais doenças interagem de maneira a gerar danos maiores, sendo eles sociais e ambientais, para além da comorbidade (FIOCRUZ, 2020).

Este trabalho apresenta cartas endereçadas à precursora da Enfermagem moderna, Florence Nightingale, assim considerada devido sua ação decisiva e empreendedora que transformou a enfermagem em profissão, com o conteúdo das experiências em narrativa. A partir dos meus diários de campo, trago relatos de casos que ocorreram durante os períodos em que estive em prática, comparando com o cenário político atual, tecendo reflexões e considerações sobre o ocorrido.

A partir dessas narrativas feitas como acadêmica de Enfermagem em estágio curricular e das reflexões teóricas listadas anteriormente questiona-se: quais considerações podem ser feitas a respeito da PPP aplicada a uma ESF, considerando os aspectos da qualidade da assistência à saúde, dos processos de trabalho e da satisfação dos usuários?

## **2 OBJETIVOS**

Este trabalho tem o objetivo geral de relatar, de forma crítica e reflexivamente, as minhas percepções e experiências vivenciadas durante as práticas disciplinares e estágios curriculares nos campos da AB do município de Porto Alegre ao longo do período da formação no Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O estudo propõe, especificamente, olhar para o cenário atual da AB e da ESF, considerando o contexto brasileiro de pandemia e avanços de privatizações em unidades da rede nesse sistema local de saúde, com base na experiência e convívio com equipes de trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

### 3 PRIMEIRA CARTA À FLORENCE

Esta é a minha primeira carta para a Florence. Aqui inicio minha escrita a ela contando sobre uma experiência que tive em 2019, em meu estágio da disciplina de Cuidado em Enfermagem na Saúde Mental II, no sétimo semestre da graduação e no meu quinto ano do curso de Enfermagem.

*Porto Alegre, 12 de setembro de 2019*

*Miss Florence Nightingale,*

*Te escrevo para contar uma história de como estou me tornando enfermeira, muito diferente da sua época. Hoje não somos mais lady nurses e nurses. Somos enfermeiras (e enfermeiros), com ensino superior, e técnicas (e técnicos) de enfermagem, com ensino médio e técnico. São termos desconhecidos, eu sei, mas os sistemas continuam parecidos com aqueles implementados por você. Ao final das cartas, você vai entender.*

*Vou começar lhe contando como foi a minha primeira visita domiciliar e do dia em que conheci a Dona Esperança, uma senhora que me fez entender como a atenção básica é potente na prevenção de doenças e agravos e na promoção de saúde.*

#### ***O dia que conheci a Dona Esperança***

*Saí da Unidade de Saúde acompanhada das colegas e da agente comunitária de saúde (ACS) seguindo para o domicílio de Sol, uma mulher jovem que havia passado por dois abortos, estava fragilizada, deprimida e feito uma tentativa de suicídio. Ela nos recebe e sentamos na cozinha.*

*A ACS pede para que uma de nós entre no quarto, onde estava Dona Esperança, mãe de Sol. Deitada em uma cama no quarto de paredes de tijolos sem reboco, úmido e escuro estava ela que, assim como a filha, também passava por um momento difícil e pensava em suicídio. Ela estava sem esperanças, chorando, falava que a vida não fazia mais sentido, que não queria mais viver assim. Minha colega argumentava, dizendo que as coisas poderiam ser diferentes, que ela deveria se apegar as coisas boas da vida, como ver o seu neto crescer. Quando entrei no quarto as duas já estavam conversando e, como uma luz em meio a escuridão, surge Gabriel - o neto de Dona Esperança. Uma criança de seis anos que suplica por atenção e cuidado. Da forma mais genuína e delicada que uma criança pode ser, prontamente guarda alguns brinquedos que estavam sobre a cama e me convida a sentar. Ele pega um tubinho*

*vazio de fazer bolhas de sabão e eu o convido para brincar, ele aceita sorrindo. Deixo minha colega com Dona Esperança e saio com Gabriel para brincarmos na rua.*

*Brincamos de fazer bolhinhas, ele muito melhor do que eu, nós rimos e nos divertimos. Depois, ele trouxe um celular e uma tampinha de garrafa pet, apoiando a tampa em cima do telefone e deslizando ela em direção ao chão, o objetivo era que a tampa caísse virada para baixo. Ele também me ganhou nessa.*

*Me fez lembrar de uma música que minha mãe cantava quando eu era criança:*

“Sentado na calçada de canudo e canequinha ‘Dublec dublim’ eu vi um garotinho ‘Dublec dublim’ fazer uma bolinha ‘Dublec dublim’ bolinha de sabão. Eu fiquei a olhar, eu pedi para ver quando ele me chamou e pediu pra com ele brincar. Foi então que eu vi como era bom brincar com bolinha de sabão. ser criança é bom [...]” (Grupo Trio Esperança).

*Aqui uma imagem que encontrei para ilustrar o momento*

*(Google Imagens: Autor desconhecido, 2019)*



O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é um instrumento que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, visando garantir seus direitos enquanto cidadãos brasileiros. O ECA foi criado por lei específica no ano de 1990 no Brasil, após a Convenção sobre os Direitos da Criança adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, um evento mundial, no ano de 1989, que introduziu a necessidade de se olhar para a criança e o adolescente de forma individualizada, priorizando a adoção de políticas públicas específicas para essa faixa etária e respeitando a sua condição de pessoa em desenvolvimento. A lei brasileira considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescente a pessoa de 12 a 18 anos de idade.

A lei que cria o ECA, em seu artigo 15 diz:

A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis.

Art. 16. O direito à **liberdade** compreende os seguintes aspectos:

I - ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais;

**II - opinião e expressão;**

III - crença e culto religioso;

**IV - brincar, praticar esportes e divertir-se;**

V - participar da vida familiar e comunitária, sem discriminação;

VI - participar da vida política, na forma da lei;

**VII - buscar refúgio, auxílio e orientação.**

*Meu primeiro cuidado na prática foi promover saúde mental para o Gabriel, poupando-o, pelo menos por um momento, do sofrimento de sua família, e garantindo-lhe alguns dos seus direitos enquanto criança. Lembro-me que no momento da avaliação desse estágio, da disciplina de Cuidado em Enfermagem na Saúde Mental, foi dito que eu pouco me envolvi nas atividades, que fiquei mais ao lado das crianças, como uma recreacionista. Pois as visitas domiciliares eram direcionadas aos casos previamente vistos, geralmente de alguma desordem nos adultos. Em terapia, meu psiquiatra disse que a atitude que eu tive foi de uma verdadeira enfermeira de saúde pública, porque fui capaz de observar o todo naquela família e agi integrando a criança no cuidado.*

*Me senti um pouquinho enfermeira. Espero voltar a escrever em breve!*

*Carolina B. Miranda*

#### 4 SOBRE A EXPERIÊNCIA E A NARRATIVA

Inicio esta reflexão com a frase de Walter Benjamin (2012, p. 123), em seu livro *Magia e Técnica, Arte e Política*: “*Sabia-se também exatamente o que era a experiência: ela sempre fora comunicada pelos mais velhos aos mais jovens*”. Desperta-me o seguinte questionamento: as histórias que ouvi desde criança dos mais velhos influenciam na pessoa que eu sou hoje?

Cresci vendo e ouvindo histórias contadas pela minha avó, a qual sempre cuidou de todos da família e dos vizinhos. Com um vidro limpo de algodão a postos e uma garrafa da sua tradicional mistura de cachaça com arnica, ela fazia injeções em quem precisasse, realizava curativos com gaze e fita microporosa, conhecia chás para todos os sintomas. Lembro, inclusive, de encontrar uma latinha com seringas de vidro, que eram usadas e esterilizadas por ela. Como essas experiências e histórias influenciaram na minha escolha de profissão?

Outro trecho de Walter Benjamin me faz refletir:

Não, está claro que as ações da experiência estão em baixa, e isso numa geração que entre 1914 e 1918 viveu uma das mais terríveis experiências da história universal. Talvez isso não seja tão estranho como parece. Na época, já se podia notar que os combatentes voltavam silenciosos do campo de batalha. Mais pobres em experiências comunicáveis e não mais ricos (BENJAMIN, 2012, p.123-124).

O autor faz referência à primeira guerra mundial, em que os soldados voltavam silenciosos da guerra por terem experienciado momentos tão terríveis, que eram incapazes de relatar o ocorrido. Reflito se, a geração atual pode estar vivenciando também uma das mais terríveis experiências da história universal.

A sindemia pelo Covid-19 pode ser considerada uma guerra em que a arma de ataque é um vírus mortal e o alvo é a população e entre os combatentes estão os profissionais de saúde. Experienciei por quase quatro meses ocupar o posto de profissional de saúde na APS da rede pública. Todos os dias quando chegava em casa meus familiares perguntavam como tinha sido o dia e eu não tinha o que dizer. Me identifico um pouco com os soldados da guerra, pois vivi coisas tão terríveis que era difícil comunicá-las.



Walter Benjamin (2012, p. 125) também registra: “Entre os grandes criadores sempre existiram aqueles implacáveis que operavam a partir de uma tábua rasa. Pois queriam uma prancheta: foram construtores”.

Essa frase me faz pensar muito na figura da enfermeira nos tempos de Florence Nightingale. Assim como hoje em dia, com poucos recursos materiais, as enfermeiras e enfermeiros fazem verdadeiras façanhas para conseguir construir instrumentos de cuidados. A prancheta, um acessório de muita serventia, nos possibilita realizar anotações à beira do leito e organização do cuidado.

Benjamin (2012, p. 124) afirma: “A horrível mixórdia de estilos e visões de mundo do século passado mostrou-nos com tanta clareza aonde esses valores culturais podem nos conduzir quando a experiência nos é subtraída.” Essa afirmação me faz refletir se a subtração da experiência, de ouvir histórias dos antigos, leva as pessoas a pedir por intervenção militar. Esse é um exemplo de pautas levantadas por um número significativo de pessoas e que até o momento não é compreendido por mim.

Minha família sempre teve o costume de contar histórias sobre antigamente. Minha mãe contava como era o seu tempo de escola, ainda durante o regime militar, sobre a educação moral e cívica, a submissão aos professores, o rigor de ficar em forma e cantar o hino sob a bandeira. Lembro-me de um professor de geografia da 7ª série narrando sobre a sua juventude também durante o período da ditadura. Ele contou sobre um dia que estava voltando para casa e passava por um parque famoso da cidade. Na ocasião, levava uma pasta com seu material de estudos e foi abordado pela polícia que perguntava o que ele estava fazendo na rua. Ele teve a pasta aberta e seus pertences jogados no chão, molhados pela chuva e ainda foi agredido com cassetete. Tudo isso porque estava andando na rua fora do horário permitido.

Essas histórias, de experiências que ouvi, me fizeram entender que o período trouxe muitas marcas negativas para aqueles que o viveram, assim concluo que uma nova intervenção militar não pode ser algo a se desejar, pois com ela a população teria sua liberdade ameaçada. Por que algumas várias milhares de pessoas desejam essa intervenção? O que podemos dizer sobre este tempo? Essas milhares de pessoas desejariam essa intervenção se tivessem ouvido narrativas e experiências sobre o período da ditadura civil militar? Que tipo de histórias as suas famílias contaram?

Florence Nightingale também acreditava que a experiência era fundamental na formação das enfermeiras. Em seu livro *Notas Sobre Enfermagem: O que é e o que não é ela* afirma:

A verdadeira experiência, nos diz ela, só se adquire pela prática da observação acurada, caso contrário se pode ir apenas repetindo as mesmas tolices, [...] pois a administração de uma enfermagem, o conhecimento das leis da vida e da morte, ou da saúde, exigem mais do que inspiração ou a necessidade de trabalhar para ganhar a vida, requerem aprendizagem por experiência e cuidadosa indagação (NIGHTINGALE, 1989, p. 6,7).

É necessário que tenhamos o hábito de narrar, de contar histórias, pois de que adianta viver tantas experiências se não narrá-las e deixar como registro para aqueles que virão? Se a experiência tem como propósito não só aprender, mas também ensinar. Mas ensinar a quem? Posso eu mesma aprender com as minhas próprias narrativas sobre a prática de enfermagem?

#### **4.1 Carta à Florence sobre a experiência em enfermagem**

Nesta carta comunico à Florence minha decisão de escrever a ela. Conto sobre o contexto das minhas experiências relatadas, um pouco sobre a organização do sistema público de saúde brasileiro e dou uma notícia sobre quais temas vou seguir escrevendo.

*Porto Alegre, 12 de maio de 2021*

*Miss Florence Nightingale,*

*Hoje, na mesma data do seu nascimento, há 201 anos atrás, e em sua homenagem, comemoramos o dia mundial da enfermeira e do enfermeiro. Decidi lhe escrever para contar um pouco sobre a minha experiência, para que você saiba como está a enfermagem após 110 anos do seu falecimento.*

*No Brasil temos um Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como princípio a universalidade, a equidade e a integralidade. Nesse sistema temos a Atenção Primária à Saúde (APS) ou também chamada de Atenção Básica (AB), que envolve programas e ações de prevenção de doenças e agravos e promoção de saúde. Integram a Atenção Básica as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF), que estão localizadas dentro das comunidades, próximas onde a população mora, estuda e trabalha. A enfermeira e o*

*enfermeiro trabalham nas UBS e USF realizando consultas de enfermagem, assistência ao pré-natal de baixo risco, visitas domiciliares, o que possibilita conhecer a realidade de vida da população, avaliar fatores de risco ambientais e sociais, criar vínculo com os usuários do serviço de saúde etc.*

*No ano de 2019 realizei a prática disciplinar de Saúde Mental em uma USF. Lá conheci a realidade da comunidade, fiz algumas visitas domiciliares e acompanhei os efeitos de uma decisão política muito impactante na vida dos trabalhadores.*

*No início de 2021 realizei o estágio curricular obrigatório em uma USF e pude experimentar como é ser uma enfermeira na APS. Pude perceber também alguns efeitos das mesmas decisões políticas, agora em um novo cenário, nas equipes de saúde e nos usuários do serviço.*

*Você contribuiu muito para a nossa profissão compartilhando sua experiência, suas percepções e considerações sobre o cuidado de enfermagem. Agora, inspirada em você, quero compartilhar também a minha experiência.*

*Até breve!*

*Carolina B. Miranda*

## 5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste estudo utilizei como método a análise qualitativa, descrita por Minayo (2012). Para a autora:

Fazer ciência é trabalhar simultaneamente com teoria, método e técnicas, numa perspectiva em que esse tripé se condicione mutuamente: o modo de fazer depende do que o objeto demanda, e a resposta ao objeto depende das perguntas, dos instrumentos e das estratégias utilizadas na coleta dos dados. À trilogia acrescento sempre que a qualidade de uma análise depende também da arte, da experiência e da capacidade de aprofundamento do investigador que dá o tom e o tempero do trabalho que elabora (MINAYO, 2012, p. 622).

Também utilizo como metodologia o relato de experiência, por meio da narrativa, e reflexão crítica, compartilhando meus diários de campo de práticas que realizei durante a graduação em enfermagem. Utilizo nomes fictícios para preservar a identidade das pessoas mencionadas nos relatos dessas práticas.

Segundo Minayo (2012), o termo experiência refere-se ao que o ser humano aprende no lugar que ocupa no mundo e nas suas ações. O sentido da experiência é compreender a si mesmo e o mundo, alimentando a reflexão e expressando-se por meio da linguagem. No entanto, a linguagem não traz a experiência pura. O sujeito a organiza por meio da reflexão e interpretação, estando o narrado e o vivido impregnados pela cultura, antepondo-se ao narrador e a narrativa. Sobre a narrativa, Walter Benjamin (2012, p. 217) diz que “O narrador retira o que conta da experiência: de sua própria experiência ou da relatada por outros. E incorpora, por sua vez, as coisas narradas à experiência de seus ouvintes.”

Escolho narrar as experiências vividas a fim de aproximar os leitores do texto, convidando-os a imergir no contexto e fazerem parte das histórias. Relaciono as narrativas com a revisão bibliográfica a respeito das PPP, dialogando com Florence Nightingale através de cartas sobre o tema, expondo minhas reflexões e considerações sobre o exercício da enfermagem no cenário político atual.

Estamos vivendo momentos críticos, em que as evidências científicas são colocadas como inverdades ou simplesmente ignoradas. Momentos em que disseminam-se notícias falsas, sem nenhuma responsabilidade, colocando vidas em risco. É necessário que voltemos às nossas origens, para lembrar do porque a enfermagem foi tornada profissão e de como ela surgiu. Em meio à sindemia do

Covid-19 dá-nos conta de como uma ação básica de qualquer profissional da saúde, o que aprendemos nas primeiras aulas da graduação, torna-se uma das principais medidas de prevenção contra a doença.

A higienização das mãos, a limpeza e arejamento dos ambientes, a separação dos doentes dos não-doentes, foram todas medidas preventivas aplicadas e constatadas por Florence Nightingale, nas origens da enfermagem. Essas medidas foram revolucionárias na época, evitando a morte e recuperando a saúde de muitos doentes. Por essa contribuição fundamental é que escolhi me comunicar com Florence através de cartas, pois, mesmo que essas não possam ser respondidas, podem me fazer refletir e aprender com a narrativa.

## 6 O CASO DO IMESF

O Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) foi criado pela Lei nº 11.062, de 6 de abril de 2011, com a missão de implementar e qualificar as Equipes de Saúde da Família. A fim de ampliar o acesso da população aos serviços de AB em Porto Alegre, o IMESF surge como uma possibilidade de consolidar essa estratégia no município, prestando atendimento à população, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, de forma humanizada, integral e contínua, comprometida com as questões da APS (PORTO ALEGRE, 2019).

Antes de ser sancionada, ainda em projeto de lei, o PL 53/2011 foi amplamente criticado e denunciado pelas classes trabalhadoras, por tratar-se de uma lei inconstitucional, que previa a contratação de profissionais por meio da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) para ocuparem vagas públicas. O Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS), o Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul (SERGS) e o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre manifestaram-se contrários à aprovação da lei que criava o IMESF (DEUS; KERCH; CASTILHO, 2020).

O IMESF foi uma fundação pública de direito privado, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, criado para gerenciar a estratégia de saúde da família no município de Porto Alegre, tendo autonomia gerencial, patrimonial e orçamentária. Dentre os profissionais contratados para trabalhar estavam enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, profissionais de serviço social, dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal (DEUS; KERCH; CASTILHO, 2020).

Ainda sobre a inconstitucionalidade do IMESF, cabe ressaltar que não há lei que regule a criação de fundações na área da saúde, sendo assim, a sua criação se deu de forma irregular (HAMERSKI, 2018).

No ano de 2011, logo após sancionada a lei que criava o IMESF, o Conselho Municipal de Saúde (CMS), os sindicatos das classes trabalhadoras e a Associação Brasileira em Defesa dos Direitos dos Usuários do SUS (AbraSUS) ingressaram com Ação Direta de Inconstitucionalidade, que foi julgada no mesmo ano pelo Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (TJ-RS). O TJ-RS julgou a lei inconstitucional, pois a prestação de serviço de saúde é dever do município, não podendo ser transferida integralmente à uma entidade de direito privado. A prefeitura recorreu da decisão,

argumentando que a prestação de serviços terceirizados estava sendo utilizada a fim de descentralizar a execução da ESF, e que a interrupção desses serviços traria prejuízo à população. Somente em 2019, o Supremo Tribunal Federal (STF) concluiu o julgamento e decretou a inconstitucionalidade do IMESF, não havendo a possibilidade de recurso pela prefeitura de Porto Alegre (CMS, 2019; GZH, 2019)

Em 17 de setembro, após a decisão do STF, a prefeitura anunciou a extinção do Instituto e a demissão de 1,8 mil profissionais vinculados ao IMESF (COREN-RS, 2019). Em nota, o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (2019) manifestou-se a respeito da decisão:

Nota pública do CMS sobre a extinção do IMESF

O Conselho Municipal de Saúde, órgão permanente e deliberativo do Sistema Único de Saúde, vem a público se solidarizar com os trabalhadores do IMESF e com a população de Porto Alegre. Especialmente as comunidades localizadas nos territórios mais vulneráveis, que além das dificuldades cotidianas ocasionadas pela precariedade de serviços públicos ofertados, como transporte, educação e assistência social, se depara mais uma vez com a notícia de desassistência causada por mais uma crise na gestão da saúde na cidade.

Desde a década de 90, o CMS vem discutindo e alertando a gestão municipal em relação à necessidade de estabelecer quadro efetivo para a Atenção Básica. Com remuneração e demais condições de trabalho que permitam fixar as equipes de saúde da família nas comunidades, integração das equipes, humanização do trabalho em saúde e proporcionando estabilidade. Desse modo, estabelecendo vínculo entre as equipes e as comunidades onde atuam, garantindo que a Atenção Básica seja efetivamente a principal porta de entrada do Sistema de Saúde.

Em 2008, o CMS deliberou, através da resolução 37, que:

- a) A estratégia de Saúde da Família seja adotada como modelo de Atenção Básica em Porto Alegre;
- b) Toda unidade ou serviço de Saúde, no âmbito da Atenção Básica, que venha a ser implantado no município, deve adotar a Estratégia de Saúde da Família;
- c) O município de Porto Alegre, através da Secretaria Municipal de Saúde, crie as condições estruturais necessárias para que as equipes de saúde da família tenham vínculos regulares de trabalho, na forma de servidores estatutários, vetando-se a forma de contratos terceirizados por cooperativas, ONGs e OSCIPs;
- d) A remuneração dos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família garanta condições dignas de trabalho, permitindo a fixação dos trabalhadores nas comunidades, reduzindo a rotatividade dos profissionais nas equipes;
- e) Seja implementada a transformação gradativa das Unidades Básicas de Saúde que atuam no modelo tradicional, para a Estratégia de Saúde da Família, estabelecendo através de legislação específica, a migração dos trabalhadores para a estrutura organizacional a ser instituída.

No mesmo ano, o CMS entregou aos órgãos de controle uma denúncia que identificou indícios de irregularidades na atuação do instituto Sollus, OSCIP contratada pela gestão municipal para administrar a saúde da família no município. Em 2010, a denúncia foi confirmada através da operação Pathos deflagrada pelo Ministério Público e Polícia Federal que apontou o desvio de 9 milhões. A gestão municipal rompeu contrato com a Sollus e transferiu à Fundação Instituto de Cardiologia, onde também o CMS identificou impropriedades que foram encaminhadas para verificação das autoridades competentes. Em 2007, a PMPA comprometeu-se, através de assinatura de termo de ajuizamento de conduta proposto pelo MPE, MPF e MPT, a abster-se de contratar profissionais para a atenção básica sem realizar concurso ou seleção pública, assim como a enviar projeto de lei à câmara municipal prevendo a admissão dos profissionais necessários à Atenção Básica de saúde no município, de modo direto, via processo público (concurso ou seleção). O TAC estabelecia o mês de março de 2008 para tais compromissos. Apenas no ano de 2010 a SMS encaminhou a proposta de criação do IMESF ao CMS, que rejeitou o projeto. Mesmo assim, este mesmo projeto foi aprovado pela Câmara Municipal de Porto Alegre. Na sequência, as entidades que majoritariamente compõe o CMS ingressaram com Ação Direta de Inconstitucionalidade que foi julgada pelo TJ/RS em 2011, e, no dia 12/09/19, pelo STF.

É bastante preocupante a atitude do prefeito de Porto Alegre que se desresponsabiliza pela gestão da saúde ao confundir a população com afirmações imprecisas. A SMS e a PMPA têm conhecimento prévio da ilegalidade do IMESF, o CMS é ativo e atento às necessidades da cidade, e as deliberações da Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, realizada em abril de 2019, apontam nesse sentido:

a) Ampliar, qualificar e fortalecer a Atenção Primária à Saúde e a cobertura de Estratégia de Saúde da família em todos os seus componentes (Saúde bucal, NASF, centro de convivência e cultura, consultório de rua, saúde da família e academias de saúde) com equipes completas, considerando o dimensionamento de pessoal, respeitando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e ampliando o número de profissionais de acordo as necessidades de saúde do território;

b) Constituir carreira pública nacional para o Sistema Único de Saúde (SUS) a todos profissionais e garantia de implementação e fixação na rede de atenção própria e pública, bem como, implementação de uma política de educação permanente para qualificação do sistema de saúde;

c) Garantir o financiamento público com prioridade para a execução de serviços prestados diretamente pelo poder público e suspender as iniciativas de terceirização, contratualização das organizações sociais e parcerias público-privadas, que rompem com os princípios do SUS universal e público, respeitando a ordem constitucional que restringe a participação da iniciativa privada no SUS ao caráter exclusivamente complementar.

Até o presente momento, a atual gestão da SMS não apresentou ao CMS a política de atenção básica, considerando que o Plano Municipal de Saúde foi aprovado sob essa condição. Agora, diante de mais uma crise, o que temos é mais do mesmo, demissões dos



trabalhadores com promessas que sequer foram apresentadas ao CMS, como prevê a legislação do SUS. E, também, como confirmado em decisão em sentença judicial proferida pelo TRF4 que determinou à prefeitura de Porto Alegre que incluía o CMS nas deliberações do município sobre novos contratos, convênios e projetos que possa vir a ajustar no âmbito do SUS. Esta sentença não é cumprida pelo secretário de saúde e pelo prefeito, tampouco são responsabilizados por não cumprir, pois não há interesse em ouvir a sociedade mesmo contrariando a constituição brasileira e a lei orgânica do município. O CMS tem o dever de alertar a sociedade sobre os riscos de desassistência com o caos e o terror que especialmente as comunidades mais vulneráveis estão vivenciando com ações que contribuem para a precarização da saúde pública através da terceirização, ofertas de contratos frágeis que podem gerar irregularidades e impropriedades, já apontadas por este Colegiado. O CMS de Porto Alegre reafirma sua disposição de defesa do Sistema Único de Saúde público e de qualidade. Somente através da gestão direta é possível garantir a continuidade das políticas públicas. Não é aceitável que se repitam velhas práticas e com os mesmos equívocos maquiados de novidade ou modernidade. O tempo tem demonstrado que os remendos sempre falham. Por nenhum serviço de saúde a menos em Porto Alegre! (PORTO ALEGRE, 2019).

O prefeito da época, Nelson Marchezan, em entrevista coletiva para a imprensa, afirmou que já tinha um plano para a APS do município, que os serviços seriam ampliados e melhorados. Foi lançado um edital de caráter emergencial para a contratação de recursos humanos para atuarem na APS, por meio de parceria com Organizações da Sociedade Civil. A longo prazo, foi planejado o lançamento de um novo edital para contratar empresa que realizaria o gerenciamento e operação das unidades de saúde (GZH, 2019).

A nota publicada pelo CMS mostra que a comunidade está atenta e indica, há muitos anos, o caminho para construção e melhoria da APS no município. No entanto, a gestão municipal ignora e passa por cima da CF e dos princípios do SUS, ao não considerar a participação social nas decisões e execuções.

### **6.1 Carta à Florence sobre o caso do IMESF**

Nesta carta conto à Florence como a decisão de extinção do IMESF refletiu na vida dos profissionais vinculados ao instituto e na população assistida por eles.

Porto Alegre, outubro de 2019

Miss Florence Nightingale,

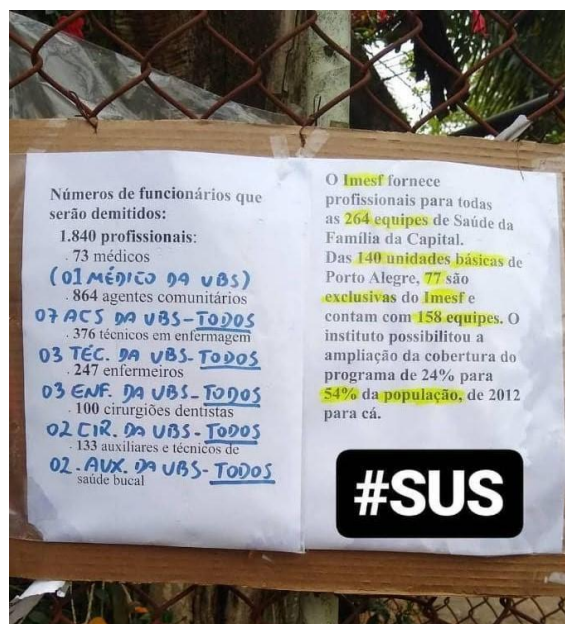
Iniciei a prática da disciplina de Saúde Mental II em uma unidade de saúde do Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal, um dos cenários preferenciais para desenvolver as atividades práticas dos cursos da saúde da Universidade.

O bairro fica em uma região nobre da cidade, porém cheia de desigualdade social, onde é possível observar por um lado a pobreza, com casas sem saneamento básico, sem estrutura física e esgoto à céu aberto, até prédios luxuosos com vista privilegiada para o Lago Guaíba, cartão postal da cidade.

Aqui uma foto que registrei da vista do alto do morro, onde podemos ver o Lago Guaíba



No dia 18 de setembro cheguei com meu grupo de colegas e a professora na unidade de saúde e nos deparamos com burburinhos e esse cartaz no portão de entrada. Minha colega Bárbara fez um registro do cartaz:



*Após a notícia de extinção do IMESF e demissão dos funcionários, eu não tinha ideia do impacto que isso causaria. Só depois de ver o desespero dos funcionários da unidade eu pude entender o que aquilo realmente significava.*

*A equipe estava muito fragilizada, alguns choravam, sem saber o que fazer, sem saber como seria no dia seguinte e quando de fato perderiam seus empregos. Outros estavam indignados, falavam que tinham prestado concurso público, que não poderiam ser demitidos assim, ainda tinham esperanças de recorrer dessa decisão.*

*Algumas integrantes da equipe se mobilizaram para enfrentar a situação e lutar pela permanência nos cargos. Organizaram um calendário com datas importantes das mobilizações junto aos demais funcionários do município. Ocorreram diversos atos de mobilização de trabalhadores, estudantes e usuários do SUS.*

*O momento me faz lembrar de um texto de 2017, em que a educação pública sofria ameaça de terceirização. Estudantes secundaristas ocuparam as escolas em regiões do Brasil em 2016, protestando contra projetos de lei que visavam reformas no ensino médio e a possibilidade de parcerias com entidades privadas para exercerem atividades no ensino. A autora do texto Aline Miranda dizia:*

*“Vivemos tempos de tirania, tempos em que temos de lutar para manter direitos básicos, já garantidos na Constituição Federal de 1988. São tempos difíceis de viver, até o ar parece mais pesado de respirar. Momento em que se acentua a precarização dos serviços públicos para tentar justificar privatizações, em que se explora ao máximo os trabalhadores deixando-lhes sem receber salário, em que se corta recursos - que já eram baixíssimos - que subsidiavam a saúde, a assistência social e a educação. Parece-me que as políticas públicas não têm feito sentido, não têm sido sustentadas de nenhuma forma pelo Estado. Tentativa de Estado Mínimo.”*

*A unidade de saúde passou a atender somente às demandas urgentes do dia e não agendou mais consultas e procedimentos de prevenção e promoção de saúde. Os agentes comunitários de saúde não conseguiram mais se organizar para realizar as visitas domiciliares, o que prejudicou nossa prática da disciplina, cujo a proposta inicial era a realização de visitas nos domicílios.*

*Paulo Freire, o Patrono na Educação Brasileira, em um de seus livros escreveu:*

*“Entre as transgressões à ética universal do ser humano sujeitas a penalidade, deveria estar a que implicasse a falta de trabalho a um sem-número de gentes, a sua desesperação e a sua morte em vida” (Pedagogia da Autonomia p. 128).*

*O que me faz pensar que de fato, o clima era de morte, de luto. Aquelas pessoas não sabiam o que iriam fazer de suas vidas, ficaram paralisadas. A cada dia que chegávamos para o estágio a sensação era de caos. Os usuários sentindo-se desassistidos, sem poder marcar*

*consultas, sem uma resposta de quando as atividades seriam retomadas. Os profissionais em nível de tensão extremo, esgotados, desesperançados.*

*Como forma de continuar o estágio, o grupo pensou em estratégias para amenizar a situação e cuidar daqueles que precisavam de cuidado. Duas colegas que tinham formação em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) se dispuseram a aplicar nos profissionais da unidade o Reiki e a Aromaterapia.*

*As PICS são recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Estão ou devem estar presentes em todos os níveis de atenção à saúde no SUS e principalmente na APS (BRASIL, 2021a).*

*O Reiki é uma prática que utiliza a imposição de mãos sobre o corpo para canalizar a energia vital, sendo o profissional que aplica um veículo de transmissão da energia. Visa o equilíbrio energético, proporcionando bem-estar físico e mental (BRASIL, 2021a).*

*A Aromaterapia utiliza os óleos essenciais, concentrados extraídos de vegetais, visando recuperar o equilíbrio e harmonia do organismo, proporcionando bem-estar físico e mental. Foi utilizado o óleo essencial de Lavanda em um vaporizador de ambiente, que possui propriedades redutoras de estresse, ansiedade e ação calmante. Também utilizou-se o Alecrim fresco na confecção de broches para colocar na roupa. O Alecrim tem propriedades de aliviar tensões e estimular o humor, sendo potente para levantar o ânimo e ajudar a seguir em frente (BRASIL, 2021a).*

*Ajudei fornecendo o Alecrim e na confecção dos broches, junto com uma fita violeta, cor que também tem efeito calmante*

*Registros do broche e do vaso de Alecrim da minha casa*



*Esta ação foi muito aproveitada pelos funcionários, que agradeceram pelo nosso cuidado.  
Em breve voltarei a escrever!*

*Carolina B. Miranda*

## 7 AS PARCEIRAS PÚBLICO PRIVADAS NA REDE DE SAÚDE

As Parcerias Público Privadas (PPP) são regulamentadas pela Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, que institui normas gerais para a licitação e contratação das PPP no âmbito da administração pública (BRASIL, 2004).

A lei conceitua a PPP como um contrato administrativo de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa. A concessão administrativa é o contrato da prestação de serviços em que a administração pública seja a usuária direta ou indireta. No caso descrito neste trabalho, no âmbito da saúde pública, se aplica a concessão administrativa (SILVA; SILVA, 2019).

Conforme anunciado pelo prefeito Nelson Marchezan em 2019, a prefeitura lançou um edital de caráter emergencial para contratação de profissionais, por meio de PPP com Organizações da Sociedade Civil (OSC). Em 2020 lançou novo edital de contratação de OSCs para realizarem o gerenciamento e operação das unidades de atenção básica da rede de saúde.

No ano de 2020 ocorreram as eleições municipais no Brasil. Em debate transmitido em 27 de novembro por uma emissora de televisão, os candidatos à Prefeitura de Porto Alegre no segundo turno das eleições debateram os planos para a cidade.

Os candidatos Sebastião Melo e Manuela D'ávila abordaram o tema das Parcerias Público Privadas de empresas públicas como Carris (transporte público por ônibus urbano) e DMAE (tratamento e distribuição de água). O candidato Sebastião Melo quando questionado pela candidata Manuela sobre essas parcerias respondeu:

Olha, nós temos dois projetos muito diferentes. Eu penso que o Brasil quebrado como tá e os municípios por extensão do Brasil têm que fazer muitas parcerias. Nós temos 30% do esgoto que não é tratado e tem 10 (%) que tem capacidade instalada. Então quer dizer que se eu for prefeito eu vou fazer parcerias público-privadas para tratar o esgoto. Como vou ampliar as parcerias com as creches, como vou manter as parcerias na saúde que tão dando certo, como a Santa Casa, com o Divina Providência, com o Hospital Vila Nova, vou fazer-manter a parceria com o parque Maurício Sirotsky Sobrinho que é uma parceria para fazer um parque temático. Porque não há dinheiro público pra isso. O cidadão que não tem esgoto tratado só não defende parceria público-privado quem tem esgoto tratado na porta. Essa pergunta tem que ser feita pra quem tem esgoto tratado na porta. E ele não quer saber se é público ou privado, ele quer o

esgoto tratado. Portanto eu vou fazer muitas parcerias para melhorar a vida da cidade e a vida das pessoas (MELO, 2020).

O candidato à prefeitura da época e atual prefeito de Porto Alegre, Sebastião Melo afirma com convicção que o desejo das pessoas é ter o saneamento básico efetivo, independente se sua origem é pública ou privada.

Considerando um cenário de escassez, onde nem as condições mínimas para viver com dignidade, como água potável, comida e moradia são providas pelo governo ao povo, concordo que na urgência as pessoas não questionam de onde vêm água da torneira, a rede de esgoto ou a coleta de resíduos. No entanto, o saneamento básico é um direito garantido pela CF desde 1988 e não deveria ser escasso, a ponto dos governantes entregarem às empresas privadas, com a justificativa de não terem recursos próprios para prover à população.

Dessa forma, os governos exploram ao máximo as verbas públicas, que deveriam ser destinadas ao povo, para garantir os direitos sociais previstos na CF, e depois apresentam soluções como as privatizações, prometendo melhorias que em longo prazo mostram-se ineficientes às reais necessidades das pessoas.

### **7.1 Carta à Florence sobre as Parcerias Público Privadas na rede de saúde**

Nesta carta à Florence conto sobre a minha experiência durante o estágio curricular obrigatório que desenvolvi no período de janeiro a maio de 2021 em uma Unidade de Estratégia Saúde da Família gerenciada por uma empresa privada.

*Porto Alegre, 7 de junho de 2021*

*Miss Florence Nightingale,*

*Realizei o meu penúltimo estágio da graduação, o estágio obrigatório na atenção básica em uma ESF em Porto Alegre. À primeira vista, a unidade apresentou algumas diferenças das outras unidades em que eu já estive e realizei prática.*

*A primeira diferença que percebi é que agora existe uma enfermeira gerente. Essa enfermeira não realiza atividades assistenciais, ela é contratada somente para realizar atividades administrativas. Essa mesma enfermeira divide-se entre a unidade em que eu estou e uma outra unidade, estando alguns dias da semana em cada.*

*Outra diferença é que agora a maior parte dos funcionários, inclusive a gerente, são contratados por uma empresa hospitalar privada. A recepcionista e a auxiliar de limpeza são contratadas por uma empresa terceirizada. Os agentes comunitários de saúde ainda mantêm vínculo com o IMESF, e não tem previsão de serem contratados pela empresa hospitalar, visto que seus cargos são públicos e por lei só podem ser contratados por meio de concurso.*

*A unidade oferece acolhimento, aplicação de vacinas, realização de procedimentos, dispensação de medicamentos, além de consultas de enfermagem, consultas médicas e visitas domiciliares. Nesse momento, em razão da sindemia do COVID-19, também realiza o atendimento a usuários com sintomas respiratórios, avaliação clínica, prescrição de medicamentos para tratar os sintomas, requisição de exame RT-PCR (que é o exame que diagnostica a infecção pelo vírus), orientações e acompanhamento dos casos positivos.*

*O serviço conta com duas equipes de ESF formadas por duas enfermeiras, duas médicas, quatro técnicas de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.*

*Outra diferença que percebo é o uso da palavra paciente para se referir aos usuários do serviço. Essa palavra, muito utilizada nos hospitais, é uma denominação antiga e o dicionário conceitua como aquele que tem paciência, que sabe esperar, conformado, calmo. Também passa a impressão de alguém passivo, que recebe ordens e não é muito ativo quanto à sua própria saúde.*

*Já o termo usuário, usado para se referir às pessoas que utilizam os serviços de saúde, passa a impressão de:*

*Como trazem os autores Danielle Saito, Elma Zoboli, Mariana Schveitzer, Sayuri Maeda em 2013:*

*“Usuário não denota um cuidado passivo, ou que demonstra submissão igual o termo paciente, e nem uma relação estritamente comercial, com fundo capitalista, tornando a saúde como mercadoria, como o termo cliente. O [termo] usuário não inferioriza o doente com possíveis significados da palavra. Uma vez que usuário remete à ideia de que a pessoa que procura o serviço de saúde tem autonomia sobre sua própria saúde, tem o poder de escolha, devendo se considerar suas decisões e vontades. A pessoa pode e deve questionar métodos e motivos dos tratamentos aos quais é submetida, além de poder optar pela forma como acontecerá seu atendimento/tratamento.”*

*O termo usuário era mais comumente usado na atenção básica justamente na tentativa de conferir autonomia às pessoas quanto a sua saúde. Preocupa-me que agora esses valores estejam se perdendo, principalmente após presenciar comentários de funcionárias que achavam absurdo que os usuários quisessem “palpitar” sobre os tratamentos farmacológicos prescritos.*



*Após tudo que vivi e narrei dessas experiências, posso ter certeza de algo: meu desejo é me tornar enfermeira, me especializar em APS e trabalhar para melhorar a vida das pessoas, garantindo seus direitos de um SUS integral, universal e equânime.*

*Sigo aprendendo e descobrindo a enfermeira que quero ser!*

*Carolina B. Miranda*

## **7.2 O acolhimento**

Aprendemos em teoria que o serviço da APS deve operar com portas abertas, sempre pronto para acolher as mais diversas demandas que possam surgir. E por acolher não se quer dizer resolver tudo, mas escutar a pessoa e saber solicitar ajuda, tratá-la ou fazer encaminhamento como referência profissional.

Na unidade em que realizei o estágio curricular, o acolhimento ou escuta inicial como era chamado, era realizado pelas técnicas de enfermagem. Elas escutavam a demanda e encaminhavam para a consulta de enfermagem ou consulta médica.

Durante uma semana fiquei junto com a técnica na sala de acolhimento. Realizei a escuta dos usuários junto com a técnica que realizava os registros no sistema e-SUS. Aferi a pressão arterial, pesei as crianças, realizei HGT e teste rápido para gravidez.

Esses dias foram um pouco desmotivantes, porque não pude, de fato, realizar o acolhimento; realizei somente os procedimentos mais técnicos. Também não concordei com algumas condutas da técnica, como não passar para as enfermeiras casos que poderiam ser resolvidos por elas. Em um dos casos pude intervir e a usuária foi encaminhada para a consulta de enfermagem e atendida no mesmo dia.

O caso era de uma mulher que suspeitava estar grávida, havia tido um sangramento anormal no mês anterior e neste mês não havia menstruado. Fizemos o teste rápido de gravidez e deu negativo; então, a técnica iria liberar a usuária, pois as consultas médicas do dia já haviam terminado.

Embora o atendimento à demanda espontânea ocorresse durante todo o expediente, as médicas possuíam um número máximo de consultas por turno, cerca de 6 consultas de 20 minutos cada, além das consultas agendadas previamente. Já

as enfermeiras não possuíam número máximo de consultas por turno. Sendo assim, mesmo que essa não fosse a orientação da gerente da unidade, as funcionárias orientavam a comunidade que chegassem no início da manhã e início da tarde para conseguirem garantir atendimento médico.

As consultas que eram possíveis de agendamento prévio eram as de pré-natal, puericultura (de crianças até 1 ano de idade), consultas de saúde mental e tabagismo.

Muitos casos que poderiam ser encaminhados para consulta de enfermagem eram encaminhados para consulta médica logo no início dos turnos e assim as consultas médicas se esgotavam rapidamente. Dessa forma, alguns usuários do serviço eram orientados a retornar no dia seguinte, pois não seria possível receber atendimento médico.

Percebi que isso estava acontecendo e alertei diversas vezes a minha preceptora. Não me sentia à vontade para falar sobre isso nas reuniões de equipe. Mas minha preceptora me garantiu que falaria individualmente com a enfermeira gerente da unidade.

A gerente da unidade já havia solicitado às enfermeiras que realizassem uma capacitação no mês de fevereiro com as técnicas para implementar a classificação de risco no acolhimento. A enfermeira me passou a tarefa de preparar a capacitação junto com elas. Produzi um documento utilizando como base o Caderno de Atenção Básica nº 28 do Ministério da Saúde, que trata do acolhimento à demanda espontânea para apresentarmos na capacitação.

Ao final do expediente de uma terça-feira, a enfermeira e eu, realizamos a capacitação sobre acolhimento com as técnicas de enfermagem. Falamos sobre a importância do acolhimento, do vínculo com os usuários e da estratificação de risco e vulnerabilidades, que até o momento não estava sendo utilizada, mas que deveria começar a ser implementada. Eu havia produzido um material com as queixas mais comuns dos usuários, que o Ministério da Saúde traz, com fluxogramas e classificação de risco, e salientei que elas poderiam complementar com as queixas que fossem mais comuns ali, para que pudéssemos adaptar para a nossa realidade.

As técnicas aproveitaram o momento de reunião para trazer demandas importantes sobre a organização da unidade nesse período mais crítico em que os casos suspeitos de Covid aumentaram. Elas sugeriram que os usuários sintomáticos ficassem isolados dos demais, pois eles ficavam todos juntos e muito próximos

enquanto aguardavam o seu atendimento na rua. No entanto, nenhuma medida foi tomada para mudar essa situação.

### 7.3 O fenômeno Covid-19

Em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China, começaram a surgir casos de pneumonia associados a uma nova espécie de coronavírus com importante potencial de disseminação e contágio. Em pouco mais de uma mês, os casos já haviam se espalhado rapidamente, levando a Organização Mundial de Saúde (OMS) a decretar uma Emergência de Saúde Pública a nível global. Em março de 2020, o cenário foi caracterizado como uma pandemia pela OMS (SCHAURICH; MUNHOZ; DALMOLIN, 2020).

O vírus causador da doença Covid-19 é o *Severe Acute Respiratory Syndrome Corona-virus 2 (SARS-CoV-2)*, resultado de uma mutação da família dos coronavírus. A doença provoca sintomas respiratórios como coriza, dor de garganta, tosse, dificuldade para respirar e febre. Podendo ocasionar sintomas leves ou infecções graves evoluindo para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e necessitando de cuidados intensivos (SCHAURICH; MUNHOZ; DALMOLIN, 2020).

A transmissão do vírus se dá de forma direta, de uma pessoa contaminada para outra pessoa não contaminada por meio de gotículas e aerossóis da boca e nariz do doente durante a fala, tosse ou espirro. As gotículas e aerossóis podem se espalhar pelo ambiente e entrar em contato com superfícies. Se uma pessoa não doente tocar essas superfícies e depois levar as mãos à boca, nariz e olhos pode se contaminar de forma indireta (BRASIL, 2021b).

As principais medidas de prevenção da doença são o distanciamento social, o uso de máscara que cubra nariz e boca, etiqueta respiratória, higienização frequente de mãos, limpeza e desinfecção de ambientes, além de mantê-los arejados, evitar aglomerações de pessoas e manter o isolamento das pessoas contaminadas (BRASIL, 2021b).

Com a superlotação das emergências hospitalares e serviços de pronto atendimento, as autoridades de saúde orientaram a população a procurar as UBS e sua ESF de referência em casos de sintomas respiratórios leves. Assim, a rede de atenção básica na saúde pública passou a atender um índice além das suas ações programadas e previstas como demanda espontânea habitual, pela demanda Covid.

Quando iniciei a prática fiquei bastante nervosa com a quantidade de casos suspeitos de Covid que chegaram à unidade, então, durante a primeira semana, preferi observar os atendimentos, entender o funcionamento da unidade e auxiliar nas questões burocráticas, como fichas a serem preenchidas, receituários, impressões de receita e atestados médicos.

Logo na primeira semana, em janeiro, iniciou a vacinação contra a Covid em Porto Alegre. Os primeiros grupos a serem vacinados foram os profissionais de saúde que atendiam na linha de frente; após seguiu para os idosos maiores de 95 anos e os idosos acamados, os domiciliados e seus respectivos cuidadores.

Realizamos o primeiro dia de vacinação contra a Covid no domicílio nos idosos acamados e em seus cuidadores do território atendido pela unidade. Fomos acompanhadas da técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde e um motorista enviado pela coordenação da Secretaria de Saúde. Buscamos as doses da vacina Coronovac na Gerência Distrital, fizemos a conferência das doses e voltamos para vacinar no território. Auxiliei no preenchimento das carteiras de vacina e a técnica de enfermagem realizou a aplicação das doses. Ainda na primeira semana, eu recebi a primeira dose da vacina Coronovac.

Todos os casos suspeitos de Covid não passavam pelo acolhimento e eram passados diretamente para uma das enfermeiras. As enfermeiras se dividiam por semana para atender a essa demanda. Na consulta era realizada uma entrevista inicial, para saber quais sintomas o usuário apresentava e se tinha tido contato com alguém infectado. Após realizada a notificação do caso suspeito gerava-se automaticamente a requisição para o exame RT-PCR, que não era realizado na mesma unidade. Prescrevia-se, então, medicações para aliviar os sintomas como analgésicos e antitérmicos e se fornecia atestado médico para afastamento das atividades laborais. Além disso, o usuário era orientado a realizar isolamento em casa e, se o teste fosse positivo, os outros moradores da casa deveriam ir até a unidade para serem notificados.

Utilizando um sistema de bandeiras para controlar o distanciamento, que tinha como indicadores a capacidade do sistema de saúde e o nível de transmissão do vírus, o governo do Rio Grande do Sul, no final de fevereiro, decretou bandeira preta em todo o Estado. As bandeiras, definidas pelas cores amarelo, laranja, vermelho e preto, indicavam um grande aumento de casos confirmados e alta taxa de

transmissão e, ao mesmo tempo, lotação avançada dos leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e possível colapso do sistema de saúde global.

Após o início da bandeira preta, a unidade do meu estágio passou a dar prioridade de atendimento aos casos suspeitos de Covid, a consultas agendadas (pré-natal, puericultura, saúde mental e tabagismo), a pessoas com sintomas agudos de doenças crônicas e outras situações graves como dores e sangramentos.

#### **7.4 A qualidade da assistência à saúde**

Senti-me desmotivada em certo momento do estágio, pois vinha percebendo que a equipe estava bastante desconectada, trabalhando de forma muito individual e usando a terapia farmacológica quase que exclusivamente. Entendo que o momento atual de pandemia dificulta a ida do usuário até a unidade, a criação de vínculos, uma frequência maior de encontros e o tempo de consulta é curto, mas acredito que outras formas de cuidado também possam ser desenvolvidas e exploradas por meio da escuta qualificada.

Com a bandeira preta no Estado, as reuniões de equipes profissionais foram suspensas, para evitar aglomerações. Algumas questões de relacionamento entre a equipe começaram a ser evidenciadas nesse período, como a sobrecarga de tarefas para funcionárias, ao mesmo tempo em que outras deixavam as suas atividades por fazer. A equipe de técnicas, enfermeiras e médicas esteve dividida em dois grupos: um, com mais afinidade entre si e mais próximas da enfermeira gerente e, o outro, que mantém uma relação menos pessoal, sendo funcionárias mais “fechadas”, como se diz vulgarmente.

Esse segundo grupo notou uma boa diferença de tratamento por parte da gerente, sentiu que é mais cobrado em relação ao serviço do que a outra parte da equipe. Nessa semana houve um movimento de uma das enfermeiras para melhorar esse relacionamento. Foi realizada uma reunião entre a gerente e as duas enfermeiras e foi marcada outra reunião junto com as técnicas de enfermagem. Não pude participar dessa reunião e não participei desses demais encontros.

Na reunião de equipe discutimos melhorias nos processos de trabalho dentro da unidade, vários casos e condutas. Foi sugerido realizar simpósios sobre temas frequentes na unidade, como infecções sexualmente transmissíveis, dúvidas das técnicas de enfermagem e outras orientações profissionais adequadas. Lamentei,

porque esse meu tempo de prática terminou e eu não pude participar dessas trocas mais intensamente.

Em algumas reuniões de equipe foram discutidas estratégias para melhorar o atendimento, como a confecção de senhas exclusivas para a vacinação, quando a demanda fosse muito grande. Também foi orientado pela gerente, que o grupo de tabagismo deveria retomar as suas atividades gradativamente e que, mesmo com a sindemia, seriam adotadas medidas para que as reuniões voltassem a ocorrer. Seriam feitas capacitações para que os profissionais da equipe soubessem conduzir essas participações das pessoas no grupo

A gerente anunciou que seria realizada uma redistribuição melhor dos ACS's pelas regiões do território de saúde daquele distrito georreferenciado, pois a equipe 1 possuía apenas dois agentes, enquanto a equipe 2 contava com quatro deles, além de que havia ruas sem agente comunitário responsável pelo espaço.

A seguir, apresento alguns casos que me marcaram durante essa prática. Os casos apontam alguns aspectos importantes a serem melhorados na qualidade da assistência à saúde na unidade em questão.

#### 7.4.1 Primeiro caso

Realizei uma consulta de recém-nascido e puérpera junto com a enfermeira e a médica. O bebê estava com dez dias de vida; ficou os três primeiros dias na UTI por icterícia neonatal. Na consulta, ele ainda estava bastante icterício, hipotivo, mamando pouco, visivelmente em mal estado geral. Tinha prescrição de fórmula complementar para alimentação, mas não estavam usando com a criança, porque não tinham conseguido condições financeiras para comprar.

A médica fez uma carta e recomendou que o levassem para a emergência do hospital, mas a mãe contou que, talvez, não conseguissem levar no dia, pois estavam sem dinheiro. O bebê tinha consulta agendada com o pediatra do hospital na mesma semana. Por fim, a médica orientou o uso do leite complementar e agendamos nova consulta para a semana seguinte.

Sentia-me bastante insegura para realizar consultas com crianças recém-nascidas; então me ative a observar, realizar as principais medidas antropométricas, registro na caderneta da criança e no e-SUS.

Fiquei triste ao finalizar aquela consulta, por saber que, provavelmente, eles não conseguiriam comprar a fórmula indicada e nem ir ao hospital; porém eu não sabia o que poderia fazer. Impotência total por fracasso no sistema público de saúde e condições de vida.

#### 7.4.2 Segundo caso

O caso de um homem que chegou à unidade solicitando fazer um teste rápido para detectar infecção sexualmente transmissível (IST), me deixou bastante impactada. Ele entrou no consultório junto com uma mulher. Ele queria fazer teste, porque tinham tido relação sexual na noite anterior sem preservativo. Eles haviam se conhecido por um aplicativo de relacionamento e era a primeira vez que se encontravam. Tinham feito uso de bebida alcoólica e, pela manhã, quando acordaram, ele reparou que a mulher estava com diversas feridas pelo corpo. Decidiu, por isso, procurar a unidade de saúde para se testar e testar ela também.

Iniciamos o atendimento dos dois juntos, pois ambos entraram na sala. Preparamos o material para a realização dos testes e a mulher se recusou a fazer. Ele começou a se alterar, pedindo que ela fizesse o teste. Solicitou que realizássemos o teste à força, com o argumento de que ele tinha o direito de saber se ela tinha alguma infecção. Expliquei para ele que ela tinha o direito de não querer fazer o teste e que não podíamos obrigá-la a fazer. A enfermeira já havia coletado o sangue dele e eu pedi que ele se retirasse do consultório e aguardasse o resultado na rua. Ela precisou empurrá-lo para fora da sala, porque estava muito exaltado e áspero.

Fiquei sozinha com a mulher e comecei a conversar com ela, explicando que seria importante ela realizar o teste, que ele não ficaria sabendo do resultado dela e que poderia confiar em mim. Ela contou que eles não se conheciam, que tinha sido a primeira vez que haviam saído. Disse que não queria realizar o teste, porque já sabia do resultado, que ela tinha HIV. Ela estava muito assustada e com medo dele. Perguntei se ela estava realizando tratamento, se tinha conhecimento da carga viral. Ela disse que fazia acompanhamento em outra unidade, mas que quando bebia não tomava os medicamentos. Contou que teve o diagnóstico aos 16 anos, que uma vez um homem queria arrancar o pescoço dela quando ficou sabendo que ela tinha HIV.

Enquanto conversava com ela, a enfermeira reuniu a equipe da unidade para discutir o caso, pois não sabia a melhor maneira para agir na situação. A médica entrou no consultório e conversou com a paciente. Tranquilizou-a, dizendo que ele não ficaria sabendo do diagnóstico dela e que não precisava realizar o teste para HIV, mas que era importante realizar outras testagens, pois, provavelmente, essas lesões que ela tinha pelo corpo eram de sífilis. O resultado dos exames dele ficaram prontos e apontaram infecção por sífilis. O teste dela também deu reagente para sífilis.

Para tanto, a médica perguntou se ela preferia uma conversa com os dois juntos ou separados para explicar o tratamento. Ela disse que poderiam conversar juntos. A médica prescreveu o tratamento para sífilis aos dois; orientou que ele fosse até a Unidade de Saúde Santa Marta, no centro da capital, para realizar a profilaxia pós-exposição, pois, independente do resultado dos testes, era necessário, já que eles tiveram relação sem proteção. E solicitou exames de laboratório para os dois.

A usuária não pertencia ao território e não fez cadastro ao chegar na unidade de saúde. Fiquei bastante preocupada com ela e se iria buscar tratamento na sua unidade de referência. Falei para a enfermeira que deveríamos ter pego os dados dela para que pudéssemos entrar em contato com a sua unidade e equipe de referência, mas acabei sendo ignorada naquele momento.

Semanas depois voltei ao assunto com a enfermeira e ela pediu orientação à outra enfermeira que trabalhava na unidade Santa Marta. A enfermeira orientou como deveríamos ter agido naquele caso e depois, essas orientações foram passadas em reunião de equipe para todos da unidade.

O homem seguiu realizando o tratamento para sífilis e sendo acompanhado na unidade, mas não tivemos notícias da mulher.

#### 7.4.3 Terceiro caso

Atendi no acolhimento alguns dias e houve outro caso que me deixou chateada. Um homem chegou com um menino de 8 anos com queixa de feridas no corpo. As lesões eram muito semelhantes às que a usuária do Segundo caso apresentava, que a médica diagnosticou como sífilis. Perguntei para a enfermeira se poderíamos fazer um teste rápido nele, mas ela disse que não tinha necessidade. Tirou uma foto de uma das lesões e foi mostrar para outra médica.



Enquanto isso, perguntei ao homem se ele era pai da criança. Ele disse que não, que era padrasto e que buscava as crianças (outras duas meninas estavam esperando do lado de fora da sala), de vez em quando, com a mãe. Ele disse que uma das meninas (de 11 anos) estava com coceira e lesão no corpo. Falei para ele buscar ela para examinarmos. Perguntei para o menino se ele tinha ferida em mais alguma parte do corpo. Ele pensou por um instante e disse que não.

A menina chegou e a enfermeira pegou uma máscara para ela, pois estava sem. Enquanto a ajudava a colocar a máscara, notou que estava com pediculose, o vulgar piolho. Falou para o padrasto e ele disse que todas essas crianças estavam e que a mãe deles era muito desleixada. Todavia, a menina o chamava de pai. Pedimos para olhar a lesão da menina e ela ficou um pouco receosa de mostrar, pois era nos mamilos. Ela estava no estágio M3 da escala de Turner, e os mamilos estavam avermelhados, com lesões que pareciam arranhões. A médica foi chamada para olhar e decidiu prescrever a pomada dexametasona.

Enquanto fazíamos as receitas à mão de permetrina para as três crianças, para tratar a pediculose, a menina perguntou se o irmão, que tinha ido ao banheiro, tinha mostrado o “pintinho” dele que estava com ferida. Perguntei para o homem se o menino estava com ferida no pênis e ele disse que não era nada. Fiquei olhando para a enfermeira na tentativa de alertar ela para a situação e investigarmos as lesões, pois, desde o início, me ocorreu que eles poderiam estar sofrendo abuso sexual. A profissional não teve a mesma impressão e, inclusive, não pediu para examinar a lesão do menino, que a irmã havia relatado. Ou seja, não foi feito exame físico em detalhes nas crianças. Ela entregou a receita de antibiótico para as feridas, do medicamento permetrina e da dexametasona pomada para a menina. Em seguida, encerrou aquele seu atendimento.

Após a consulta falei para ela da minha suspeita; comentei que poderíamos ter feito o teste rápido para IST, pois as lesões eram idênticas às que a mulher do Segundo caso apresentava, porém ela discordou taxativamente. Fiquei muito chateada com a situação e me senti impotente, porque quase não participei nas decisões e condutas mesmo na minha área de estágio. Muitas vezes, a enfermeira discutiu os casos com as médicas e eu não participei, tendo ficado na sala de consultório com os usuários.

#### 7.4.4 Quarto caso

Para que se compreenda melhor o próximo relato, explico os pontos principais do Programa Previne Brasil (PPB). Foi instituído pelo Decreto nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, como o novo modelo de financiamento da AB. O novo modelo alterou algumas formas de repasse aos municípios, distribuindo-os com base em três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos à ações estratégicas. O princípio da proposta é construir um modelo de financiamento, com foco na ampliação do acesso à população aos serviços de AB e no vínculo da população com as equipes, a partir de um mecanismo que responsabilize gestores e profissionais perante as pessoas que assistem nos locais de atendimento (BRASIL, 2019).

O Previne Brasil equilibra o valor financeiro per capita da população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e Atenção Básica (eAP), e agrega o nível de atuação das equipes à incentivos específicos, como extensão de horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipe de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultórios de Rua, equipes de capacitação de residentes em APS em áreas de prática, entre outros projetos (BRASIL, 2019).

Um dos componentes da transferência mensal para o município é o pagamento por desempenho. Para definir o valor a ser repassado neste componente são considerados os resultados obtidos em um conjunto de indicadores, monitorados e avaliados no trabalho da equipe (eSF / eAP). A intenção é aumentar o registro das informações e a qualidade dos dados gerados pela equipe de trabalho. Portanto, é importante que a equipe se organize por meio do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (Sisab) para registrar e enviar regularmente seus dados e informações de produção, além de planejar o fluxo de trabalho para melhorar o desempenho. Para 2020, sete indicadores foram listados e pactuados de forma tripartite para atender às seguintes ações essenciais:

- a) Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- b) Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação;
- c) Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- d) Cobertura de exame citopatológico;

- e) Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente (saúde da criança);
- f) Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre;
- g) Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada;

O monitoramento desses indicadores auxilia na avaliação da acessibilidade, qualidade e resolutividade dos serviços prestados pelas equipes de eSF e eAP, para que medidas possam ser implementadas e melhorar as ações no âmbito da AB, podendo ser utilizado como ferramenta de maior transparência aos investimentos no setor da saúde para a sociedade. Os indicadores de pagamento são monitorados separadamente, a cada quatro meses, e os resultados previam impacto financeiro a partir de setembro de 2020 (BRASIL, 2019).

Além dos indicadores estabelecidos pelo PPB, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre estabeleceu metas mensais para a rede hospitalar gerenciadora da unidade de saúde apresentada, a cumprir:

- a) 286 consultas de enfermagem por equipe;
- b) 361 consultas médicas por equipe;
- c) 4 solicitações de escarro por equipe;
- d) 10 solicitações de sangue oculto nas fezes por equipe;
- e) 10 visitas domiciliares de enfermagem por equipe;
- f) 10 visitas domiciliares médicas por equipe.

Entendi que, tanto as metas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde como as do PPB são importantes por apresentarem indicadores com urgente necessidade de melhorar seus índices no país. No entanto, percebi que a assistência prestada ao usuário torna-se, muitas vezes, mecanizada e até desumanizada, quando a profissional trabalha focada na lógica matemática e quantitativa de atingir metas e estabelecer estatísticas.

Em uma reunião de equipe, uma das técnicas de enfermagem questionou se havia a necessidade de realizar visita domiciliar todas as semanas, pois a saída das enfermeiras e médicas da unidade deixava o serviço desfalcado. A gerente respondeu que isso deveria ser avaliado pela equipe, de acordo com a necessidade de cada paciente e ambiente de trabalho e que somente um profissional de nível superior poderia se ausentar da unidade a cada turno. Uma das enfermeiras respondeu que ela conseguia fazer cerca de 5 a 6 visitas domiciliares por dia e que

nas primeiras duas semanas do mês conseguia atingir a meta de 10 visitas do mês, sendo assim não precisaria sair mais naquele mês. A gerente ressaltou que era importante separar as metas das necessidades dos usuários, que, se não houvesse necessidade de visita e a meta já tivesse sido atingida, não precisaria sair. Outro ponto sensível para ser examinado, com certeza.

## **7.5 O trabalho em equipe na saúde**

As equipes de saúde dos locais onde eu cumpri o estágio curricular e práticas disciplinares durante o curso de graduação estavam numericamente completas. Destaco, porém, que somente uma funcionária tinha boa experiência de trabalho em AB quando a equipe assumiu em outubro de 2020. As demais profissionais tinham alguma experiência prévia e somente na atenção hospitalar.

Os agentes comunitários de saúde continuam mantidos pela SMS, organismo gestor, até porque é um programa independente no sistema público da saúde brasileira. Não há previsão de serem incorporados pelo hospital. Todos residem no território e já trabalhavam há anos na unidade, como preceitua a legislação mais ampla do SUS.

Há uma nítida separação da equipe geral da ESF e dos ACS's, havendo, inclusive, reuniões separadas e pouca participação dos agentes como integrantes da equipe de saúde. Trata-se de um grave déficit e que resulta em baixa resolutividade das equipes profissionais da rede de saúde na APS.

Outro exemplo que merece ser salientado é o fato que há um dispositivo tipo "google drive" da unidade de saúde no qual são organizadas em planilhas todas as metas do PPB e as pactuadas da rede hospitalar com a SMS. Todavia, os ACS's não têm acesso a esses registros.

Diante da presente proposta de ser um relato da experiência indico como recomendação que existem múltiplos fatores ainda pouco explorados e merecedores de análises mais criteriosas se quisermos assumir o compromisso de melhores condições de vida e saúde para o coletivo das pessoas.

## 7.6 Satisfação dos usuários

Por tudo o que anotei, vivenciei e percebi posso admitir que há muitas pessoas usuárias referindo que os atendimentos, o formato e o funcionamento da organização, procedimentos como acolhimento e funcionalidade da prestação desses serviços de saúde podem ser avaliados como melhores, desde que o momento no qual a rede hospitalar assumiu essa modalidade de gestão da parceria público privada na saúde.

Como um fator principal dessa maior empatia com o sistema implantado, uma boa parte dessas pessoas citam que há um canal de ouvidoria aberto permanentemente com a gestão e que, na condição de usuários, fazem uso com frequência, tanto para elogios como reclamações.

Convém salientar, contudo, que não se teve conhecimento de outros fatores avaliativos que possam atestar com maior fidedignidade índices de aprovação, rejeição ou aproveitamento da sistemática empreendida. Isso pode representar uma lacuna a mais potencialmente disponível para novos estudos.

Como tentei listar, mesmo que brevemente, considero que foi um aprendizado enriquecedor, embora eu tenha apontado flagrantes dificuldades oriundas - muitas delas - pelo próprio despreparo dos profissionais colocados nas equipes de trabalho desses serviços. Por isso, menciono que esse sentimento e a impressão aparentemente satisfatória das pessoas que utilizam esses recursos públicos merecem criteriosas análises embasadas em avaliações científicas mais adequadas e vindouras.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A título de uma conclusão, mesmo elementar e com recortes assim delimitados, examinadora do período em que realizei as práticas disciplinares e o estágio curricular na AB durante o meu curso de graduação em enfermagem, acentuo pontos específicos com alguma amplitude e apresento uma carta final que venha a ser complementar desse diálogo imaginário - e nem tanto assim - que tentei estabelecer com a figura feminina precursora da própria profissão de enfermagem: Florence Nightingale.

A experiência de escrever cartas à Florence me possibilitou aprender e elaborar o que narrei. Com os exemplos que tive, das experiências que vivi, pude observar diversas “tolices”, como dizia Nightingale, das quais não quero repetir. Consigo perceber também que poderia ter agido de forma diferente em diversas situações, mas que na época não tinha o conhecimento e confiança necessários para tal. Seguirei aprendendo com minhas experiências e narrativas para me tornar uma enfermeira atenta, questionadora e empática.

Convém lembrar que isso se configurou num olhar sobre o conjunto de atividades que me foram disponibilizadas, juntando partes, para a minha formação como futura enfermeira e profissional da saúde.

Finalizo com a Carta de Esperança à Florence, porque diante de tantas adversidades colocadas no mundo pandêmico, ainda assim, há que se ter esperança, incluídas inúmeras oportunidades para a promoção da saúde e da vida com saúde a todas as pessoas.

Por fim, agradeço as oportunidades desses aprendizados, sigo aprendendo, para que se examinem melhor as questões mais essenciais, algumas nutridas de gravidade e carência institucional, como as metas estabelecidas pelo convênio da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre com essas entidades das parcerias público privadas norteadas para índices numéricos de atendimentos. A assistência prestada à pessoa usuária não pode ser mecanizada ou desumana, por mero trabalho focado na lógica matemática e quantitativa de estatísticas. Fatos narrados servem de indicações.

Restaram pontos desse relato como múltiplos fatores ainda pouco explorados e merecedores de análises mais criteriosas se for admitido o compromisso e a responsabilidade pública de melhores condições de vida e saúde para o coletivo das

pessoas. O aprendizado foi enriquecedor, embora os desafios apontados e que, infelizmente, permaneceram na ambiência das atividades da população. Anoto, ainda, um raciocínio derradeiro e preocupante: o que me foi caracterizado como um contexto de estudo e formação profissional segue sendo o cenário da sobrevivência daqueles seres humanos usuários do SUS.

### **8.1 Carta de Esperança à Florence**

Apresento essa última carta contando sobre o desfecho do caso de Dona Esperança, ainda no estágio de Saúde Mental, quando não estávamos em pandemia e era possível abraçar sem medo.

*Porto Alegre, novembro de 2019*

*Miss Florence Nightingale,*

*Chegamos à Unidade e somos avisadas que uma senhora pergunta sobre nós, cobrando o retorno à sua casa que não ocorreu. Minha colega vai ao encontro dela, mas retorna afirmando não conhecê-la. A dúvida permanece e resolvo ir verificar. Não a reconheço, mas quando ela fala da sua filha Sol me dou conta de que ela é a Dona Esperança, aquela que estava deprimida e deitada no quarto escuro, que falava em suicídio.*

*Dona Esperança estava irreconhecível! De cabelo penteado, maquiada e bem vestida ela nos cobrava - e com razão - do retorno que foi prometido e não cumprimos. Fiquei emocionada de vê-la ali, muito mais bem disposta do que a última vez que a vi, e dou-lhe um abraço. Ela acha estranho, talvez ela não tenha entendido a minha emoção, mas não pude conter-me.*

*Com a ameaça de demissão, a equipe dos funcionários da Unidade se desorganizou e o atendimento e visitas domiciliares ficou prejudicado, por esta razão não conseguimos retornar aos domicílios que visitamos no início da prática.*

*Aqui uma imagem do pátio da unidade de saúde que eu registrei. Essa imagem me traz esperança:*



*Dona Esperança estava à espera de uma consulta médica e combinamos de conversar após sua consulta. As colegas saíram para uma visita domiciliar junto da agente comunitária de saúde e eu fiquei sozinha na Unidade para conversar com ela.*

*Enquanto a aguardava, preparei uma sala para nossa conversa. A espera foi longa. Eu estava ansiosa pois seria meu primeiro atendimento sozinha como acadêmica, sem nenhum colega, monitor ou professora junto.*

*Recebi Dona Esperança que se dizia preocupada com seus problemas de saúde e com a quantidade de medicamentos que foram prescritos. Ela havia interrompido o uso de um medicamento antidepressivo e dizia oscilar entre momentos de bem estar e outros de tristeza. Combinou com a médica de retomar o tratamento com a medicação e aguardar os resultados, mas não estava confiante, pois sentia que o medicamento não estava fazendo efeito. Ela pediu que eu verificasse a receita para ver se “estava correta”. Explico a ela que os medicamentos antidepressivos demoram um tempo até sentir o efeito, e que era importante seguir o tratamento prescrito e esperar a melhora.*

*Dona Esperança confiou na minha palavra, o que demonstrou a construção de um pequeno vínculo, mesmo que interrompido com o final da prática. Ela acreditou e valorizou o nosso cuidado de enfermagem.*

*Emociono-me ao perceber que a profissão que escolhi carrega a responsabilidade e a possibilidade de fazer a diferença na vida das pessoas.*

*Ao final do atendimento nos despedimos com um abraço e com a esperança de dias melhores!*

*Carolina B. Miranda*



## REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, Adilson; DIVO, Orlan; ESPERANÇA, Trio. **Bolinha De Sabão**. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/trio-esperanca/683074/>. Acesso em: 10 jun. 2021.
- BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política: Ensaios sobre literatura e história da cultura**. Tradução Sérgio Paulo Rouanet. São Paulo: 8ª ed. revista Editora Brasiliense, 2012.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 1990.
- BRASIL. Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. **Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública**. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus - Como é transmitido?** 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/como-e-transmitido>. Acesso em: 12 out. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pics/praticasintegrativas>. Acesso em: 21 mai. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Previne Brasil - Novo modelo de financiamento para a APS**. 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>. Acesso em: 21 mai. 2021.
- DEUS, Estéfani Sandmann de; KERCH, Aline; CASTILHO, Alessandro Maia. **Novas configurações no mundo do trabalho no Brasil: o caso do IMESF**. Revista de Administração de Roraima, Roraima, v. 10, n. 1, p. 1-17, dez. 2020. Disponível em: <https://revista.ufrb.br/adminrr/issue/view/297>. Acesso em: 13 jul. 2021.
- FIOCRUZ. Centro de Estudos Estratégicos. **'Covid-19 não é pandemia, mas sindemia': o que essa perspectiva científica muda no tratamento**. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1264>. Acesso em: 26 set. 2021.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro/ São Paulo: 58ª ed. Editora Paz e Terra, 2019.
- GZH. **Por ordem do STF, prefeitura de Porto Alegre fechará órgão responsável por saúde da família**. 2019. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2019/09/por-ordem-do-stf-prefeitura-de-porto-alegre-fechara-orgao-responsavel-por-saude-da-familia-ck0nta4u806x801tgrtdshvxi.html>. Acesso em: 10 jul. 2021.

HAMERSKI, Bruna. **A presença do setor privado na saúde pública no município de Porto Alegre : o caso do IMESF**. 2018. 108 f. TCC (Graduação) - Curso de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

MELO, Sebastião. **Íntegra do Debate - Segundo turno - Manuela e Melo**. Porto Alegre: Rbs Tv, 2020. Color. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=fhmwlNhJ4QA>. Acesso em: 10 jun. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFf/?lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2021.

MIRANDA, Aline Britto. **OCUPAÇÃO: juventudes, literatura e residência na resistência**. 2017. Curso de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=001096320&loc=2019&l=6a13229feb1728de>. Acesso em: 15 dez. 2019.

NIGHTINGALE, Florence; CASTRO, Ieda Barreira e. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez, 1989. Tradução de Amália Correa de Carvalho.

PORTO ALEGRE. Conselho Municipal de Saúde. **Nota pública do CMS sobre a extinção do IMESF**. 2019. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=330&p\\_secao=8](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=330&p_secao=8). Acesso em: 13 jul. 2021.

PORTO ALEGRE. Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde. **IMESF - Missão**. 2019. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/imesf/default.php?p\\_secao=131](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/imesf/default.php?p_secao=131). Acesso em: 15 dez. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Regional de Enfermagem. **NOTA OFICIAL: POSICIONAMENTO DO COREN-RS SOBRE O IMESF**. 2019. Disponível em: <https://www.portalcoren-rs.gov.br/index.php?categoria=servicos&pagina=noticias-ler&id=7077>. Acesso em: 13 jul. 2021.

SAITO, Danielle Yuri Takauti; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; SCHVEITZER, Mariana Cabral; MAEDA, Sayuri Tanaka. **User, client or patient?: which term is more frequently used by nursing students?** *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 175-183, mar. 2013. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/W3dWbyTBjBmpfLDCXJrVjQj/?lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2021.

SCHAURICH, Diego; MUNHOZ, Oclaris Lopes; DALMOLIN, Angélica. **Aproximações Reflexivas da Teoria de Florence Nightingale no Contexto da Pandemia da COVID-19**. *Enfermagem em Foco*, v. 11, n. 2, p. 12-17, 18 dez. 2020.

Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4106>. Acesso em: 5 jun. 2021.

SILVA, L. T. R. da; SILVA, M. A. da. **Parceria público-privada como instrumento de concretização do direito à saúde.** Revista Digital de Direito Administrativo, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 149-178, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdda/article/view/151594>. Acesso em: 8 jun. 2021.