

**UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA**

**O AGIR EM SAÚDE DA FAMÍLIA: AS CONDIÇÕES
EXISTENTES E NECESSÁRIAS PARA A INTERAÇÃO E
TROCA DE CONHECIMENTOS NA PRÁTICA
PROFISSIONAL**

MARIA GLÍCIA ROCHA DA COSTA E SILVA DE NORONHA

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Tecnologia. Programa de Pós-Graduação em Tecnologia, Universidade Tecnológica Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Domingos Leite Lima Filho

Curitiba

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARIA GLÍCIA ROCHA DA COSTA E SILVA DE NORONHA

**O AGIR EM SAÚDE DA FAMÍLIA: AS CONDIÇÕES
EXISTENTES E NECESSÁRIAS PARA A INTERAÇÃO E
TROCA DE CONHECIMENTOS NA PRÁTICA
PROFISSIONAL**

**Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do grau de Mestre em
Tecnologia. Programa de Pós-Graduação em
Tecnologia, Universidade Tecnológica Federal
do Paraná.**

Orientador: Prof. Dr. Domingos Leite Lima Filho

Curitiba

2007

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da UTFPR – Campus Curitiba

N852a Noronha, Maria Glícia Rocha da Costa e Silva de
O Agir em saúde da família : as condições existentes e necessárias para a interação e troca de conhecimentos na prática profissional / Maria Glícia Rocha da Costa e Silva de Noronha. Curitiba. UTFPR, 2007
XIV, 160 f. : il. ; 30 cm

Orientador: Prof. Dr. Domingos Leite Lima Filho
Dissertação (Mestrado) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Tecnologia. Curitiba, 2007
Bibliografia : f. 143 – 150

1. Saúde pública – Estudo e ensino. 2. Educação e trabalho. 3. Saúde da família. I. Lima Filho, Domingos Leite, orient. II. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Tecnologia. III. Título.

CDD: 613.07

TERMO DE APROVAÇÃO

Título da Dissertação Nº 219

O agir em saúde da família: as condições existentes e necessárias para a interação e troca de conhecimentos na prática profissional

por

Maria Glícia R. da Costa e Silva Noronha

Esta dissertação foi apresentada às 9h
do dia **10 de maio de 2007** como requisito parcial para a obtenção do título de MESTRE EM TECNOLOGIA, Linha de Pesquisa – Tecnologia e Trabalho, Programa de Pós-Graduação em Tecnologia, Universidade Tecnológica Federal do Paraná. A candidata foi argüida pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO

(aprovado, aprovado com restrições, ou reprovado)



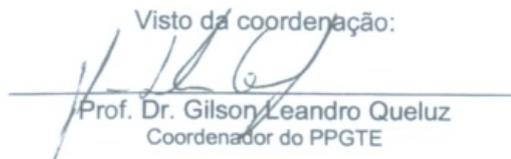
Prof.^a. Dr.^a. Anna Maria Chiesa
(USP)

Prof. Dr. Edival Sebastião Teixeira
(UTFPR – campus Pato Branco)

Prof.^a. Dr.^a. Marília Gomes de Carvalho
(UTFPR)

Prof. Dr. Domingos Leite Lima Filho
(UTFPR)
Orientador

Visto da coordenação:



Prof. Dr. Gilson Leandro Queluz
Coordenador do PPGTE

Dedico este trabalho

Para Luiz, amor de minha vida e meu companheiro, por todos os motivos...

Aos meus filhos Rodolfo e Luiz Filho e à minha filha Amanda, vocês são os meus maiores desafios e desperta o que há de melhor em mim, cada um de seu jeito, com qualidades e dificuldades.

AGRADECIMENTOS

A Deus por estar sempre presente, principalmente nos momentos mais difíceis, e por estabelecer o meu caminho.

Para Luiz, que assumindo todas as atividades junto à família e cuja presença trouxe a minha vida muito amor, calor e alegria, além do incentivo, tranquilidade, colaboração e companheirismo permitiu que essa etapa de minha vida fosse vivida intensamente. Pela felicidade de compartilhar desejos e realizações.

Para os meus filhos, Rodolfo, Luiz Filho e Amanda, meus maiores projetos de vida, que souberam “compreender” minhas ausências para estudar.

Para Rodolfo (*in memória*) e Aldeíde, meus pais, que me ensinaram as coisas mais importantes.

De modo especial, agradeço a Giovanna Pezarico, amiga muito querida e valiosa colaboradora no “assentamento” das idéias e na construção compartilhada de conhecimentos e reconhecimentos ainda (in)conclusos, mas com quem pude chorar sobre essas incertezas, trocar “figurinhas” em diversas etapas de nossa caminhada no mestrado. Conseguimos comprovar “Gi”, que a “multidisciplinaridade” como linha diretora do PPGTE/UTFPR para a Pós-Graduação em Tecnologia é fato concreto, e que a “interdisciplinaridade” é real e possível, alicerçando a nossa constituição como sujeitos sociais. Nós agimos interdisciplinarmente com nossas trocas e interação de conhecimentos amiga, durante todo o período do Mestrado!

Ao prof. Domingos Leite Lima Filho, mais que orientador, um amigo. Com competência, respeito e carinho conduziu-me nessa jornada contribuindo para que ela fosse além de consistente, proveitosa. Que tem coragem de ousar por caminhos não percorridos, disponível para aprender e ensinar. Não sei o que seria sem tua ponderação, calma e paciência para comigo. Foi muito bom ter sido orientada por você professor!

Ao Instituto de Administração Pública – IMAP da Prefeitura Municipal de Curitiba e a Secretaria Municipal do Meio Ambiente, pela liberação e disponibilidade a mim concedida no trabalho durante todo o período do mestrado, que me possibilitaram a cursá-lo e agora concluí-lo. Muito obrigado.

Aos trabalhadores/profissionais de Saúde da Família da Unidade de Saúde na qual desenvolvi a pesquisa, e que contribuíram com seus depoimentos e observações para a realização deste trabalho, por não querer identificá-los, não nomeio “um a um de vocês”, com o meu respeito, o meu especial muito obrigado.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Tecnologia / UTFPR que, com uma proposta multidisciplinar, nos aponta não somente a “multi”, mas possibilidades de uma interdisciplinaridade real e concreta durante o mestrado e após, em nosso agir cotidiano, pois nos direcionam numa abordagem que considera a tecnologia como um fruto do diálogo e interação humana inserida num contexto histórico, cultural, social, econômico e político. Todos vocês recebam o meu apreço e respeito.

Em especial aos professores da “Linha de Pesquisa: Tecnologia e Trabalho”, que no transcorrer das disciplinas nos premiaram com contribuições valiosas recebidas de cada um dos Srs, num processo de subjetivação constante:

Aos professores da disciplina “Metodologia da Pesquisa”, pela desarrumação do projeto inicial, possibilidade de ser repensado, refeito e reconstruído, agora finalizado em pesquisa, e em especial, as profas. Maclóvia Corrêa e Laize Porto Alegre, o meu pessoal apreço.

Aos professores Nilson Garcia e Marília Carvalho da disciplina “Educação e Sociedade”, obrigado pela apresentação a Jürgen Habermas. Inicialmente ‘um choque’ (no bom sentido, é claro!) que nos coloca ao “avesso” nas primeiras aulas do mestrado; mas principalmente agradeço a vocês, pelo acalento da dialética e do materialismo histórico, revisto e apreendido na seqüência do mesmo, na disciplina “Dimensões Culturais da Tecnologia”.

Nesta disciplina, as contribuições que recebi, foram incontáveis... Além da profa. Marília (já referida acima) e do meu orientador Domingos Lima Filho a quem não tenho palavras para aqui agradecer suas contribuições. Direciono-me a profa. Luciana Silveira. Sua aula Profa. “As operações artesanais do fazer artístico na era pré-industrial e as operações mecânicas do fazer artístico no ciclo industrial mecânico”, foi muito especial: não fui a mesma pessoa depois desta aula! Com carinho, obrigado aos três.

Na disciplina “História da Técnica e da Tecnologia”, a profa. Maclóvia (já referida anteriormente) e ao prof. Gilson Queluz, um professor brilhante. Não sei o que ele possa vir a não saber! Com a minha admiração e respeito, obrigada pelas aulas de vocês! Foi muito bom “viajar” pela história da técnica e da tecnologia e aprender com vocês! Essas aulas facilitaram bastante o caminho seguinte percorrido nas disciplinas do terceiro quadrimestre: “Novas Tecnologias de Produção e Formação do Trabalhador” e “Contexto Sócio-histórico da Educação Profissional”.

Na última disciplina “Contexto Sócio-histórico da Educação Profissional”, e por fim, mas não menos importante, tivemos as contribuições do professor Mário Amorim, que juntamente com o prof. Gilson nos possibilitaram a disciplina citada. A sua sistematização e levantamento da história da educação profissional no Brasil me serviram de estímulo no levantamento da história e compreensão da educação e formação em saúde, um dos contextos de meu estudo.

Aos colegas de turma do Mestrado, Turma 2005 e muitos outros, que no percorrer das aulas podemos conhecer, estudar. Obrigada pelo compartilhar de todos, pelas trocas de conhecimento e de amizade.

Aos profs. Drs. convidados para a banca de avaliação desta dissertação: Profa. Dra. Anna Maria Chiesa, Prof. Dr. Edival Sebastião Teixeira e a Profa. Dra. Marília Gomes de Carvalho. Dirigindo-me a cada um dos senhores(as) particularmente e com todo o meu respeito, agradeço pela disposição e leitura deste trabalho, e que apesar de tão breve encontro me proporcionaram preciosas e excelentes contribuições que enriqueceram o conteúdo desta pesquisa.

Ao prof. Dr. Nilson Marcos Dias Garcia com todo o meu respeito e admiração, agradeço pela leitura deste trabalho, pelo auxílio na organização dos tópicos e por sua enorme contribuição, essencial para finalização do mesmo.

A Prof. Dra. Maria de Lourdes Centa e profa. Verônica de Azevedo Mazza, amigas e companheiras do Grupo de Estudos Família, Saúde e Desenvolvimento – UFPR agradeço pelos ensinamentos, carinho e amizade sempre presente. Verônica, agradeço sua intermediação junto a profa. Anna Chiesa para compor a banca de avaliação desta dissertação.

As minhas amigas, Maria Alice, Samira Leme, Isabelle Marie e Simone de quem recebi durante todo o período do mestrado muito incentivo e carinho.

A Lindamir Casagrande, que com sua “presença” silenciosa muito contribuiu com todos nós, alunos do mestrado, possibilitando que tudo ocorresse a seu tempo.

A todas as pessoas que – direta ou indiretamente – contribuíram de alguma forma para que esta etapa fosse construída e vivenciada e que não pude agradecer na breve extensão deste texto, agradeço profundamente a colaboração por este trabalho.

Parafrazeando MARX (1985, p. 374-375), quando aborda a “cooperação no âmbito da produção”, procuro falar do trabalho desenvolvido por trabalhadores/profissionais das equipes multiprofissionais:

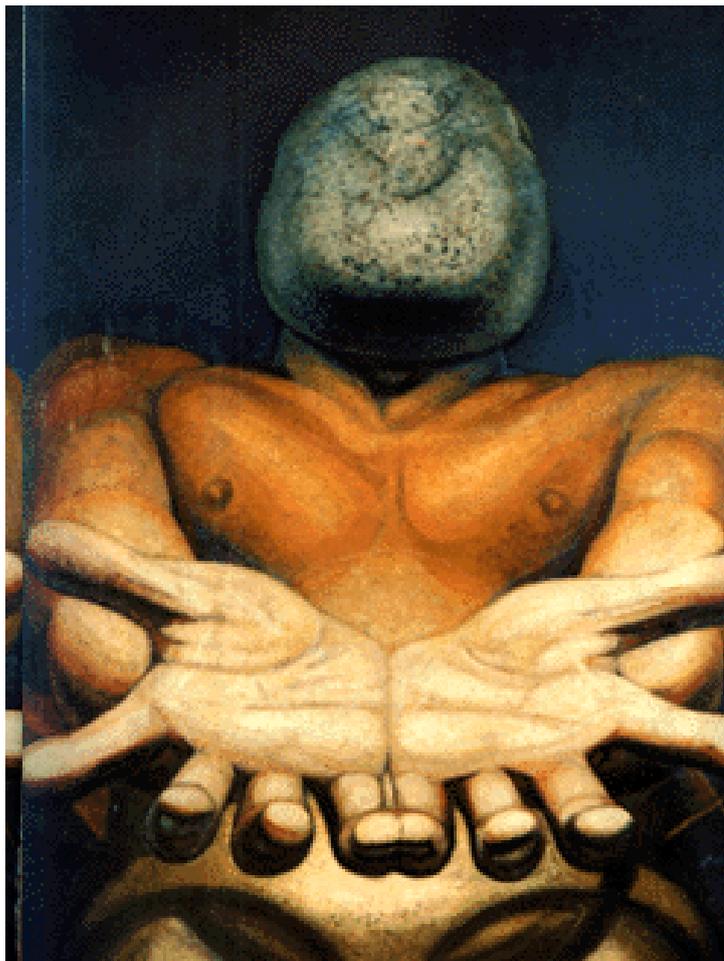
*“Um trabalho, um encontro de diferenças
diferenças produzidas nas singularidades
através de possibilidades desejantes
a equipe se processa...
criam-se novas forças produtivas
numa combinação e interdependência
de processos e relações determinadas
não eliminando o caráter particular
de cada profissional, de cada profissão
Nova força coletiva
ação social
é trabalho combinado
em cooperação no âmbito do agir em saúde
que não se produz
em atos que se completam
harmonicamente
É nova potência
da fusão de forças
numa força comum
De quantidade transforma-se em qualidade
realizada por contato social
provocando motivações
nos trabalhos produtivos
estimulando-os e aumentando suas capacidades individuais.
É mistura que não se funde e vive ao lado,
Nem sob, nem sub, apenas com.
E no “entre” trabalhadores / trabalhadores e trabalhadores /
usuários,
Se faz a criação
Numa interface e passagens de afetos, de saberes, de
desejos, de projetos, mas que pode ser também uma
barragem, dividindo, separando.
É produção que se engendra na interface dos distintos
trabalhos
Reconstruindo novos sujeitos e produzindo
nos trabalhadores e usuários novas subjetividades.*

É construção permanente de “entres” num fazer constante pela vida

numa conjugação de ‘experts’ a respeito da vida e da morte.

Um agir multiprofissional e interdisciplinar realizado num entrecruzamento compartilhado de mãos, ação, cuidado, fazeres, saberes, trocas e contatos interdisciplinares repletos de desejos e modos singulares de agir que se acasalam, complementam e redesenham nova produção de cuidados que devem estar centrados nas necessidades dos usuários”.

Glícia Noronha, 08.11.2006.



O HOMEM*

* Tela do pintor mexicano José David Alfaro Siqueiro, que revela o homem ainda em processo de humanização. Em primeiro plano, vêm-se as mãos vazias, com as quais, por meio do trabalho, o ser humano encontrará sua liberdade e identidade. Disponível em http://www.olvera-street.com/the_artist.html

SUMÁRIO

LISTA DE QUADRO E TABELAS	ix
LISTA DE GRÁFICOS	x
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xi
RESUMO	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I	
SUS: UMA HISTÓRIA RECENTE	10
1.1 Sistema Único de Saúde (SUS).	10
1.1 Atenção Básica de Saúde (ABS)	12
1.3 Programa Saúde da Família (PSF).	13
CAPÍTULO II	
O TRABALHO E A FORMAÇÃO EM SAÚDE	24
2.1 O Trabalho	24
2.2 Processo de trabalho em Saúde	30
2.3 A Interação, a colaboração e a cooperação: base do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar.....	40
2.4 A Formação em Saúde no contexto do Programa Saúde da Família	47
2.4.1 A Integralidade no contexto da educação e do trabalho em saúde	52
2.4.2 Redefinindo o trabalho, a formação e o trabalhador em Saúde.....	55
CAPÍTULO III	
SISTEMATIZAÇÃO E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA	58
3.1 Descrevendo o percurso e a opção metodológica da pesquisa.....	58
3.1.1 Concepção da pesquisa.....	58

3.1.2 Formas de encaminhamento	59
3.1.3 Método de coleta de dados e os instrumentos utilizados.....	60
3.1.4 Transcrição de entrevistas	63
3.1.5 Os Procedimentos de análise e o tratamento de dados	64
3.2 Universo da Pesquisa	67
3.3 Apresentando a base empírica dos dados	70
CAPITULO IV	
ANÁLISE EMPIRICA E OS RESULTADOS DA PESQUISA.....	74
4.1 Análise do Material e os Resultados: o encontro da técnica com a ética.....	74
4.2 Os eixos da análise empírica: as categorias e temas.	84
4.2.1 Eixo 1 - Processo de Trabalho	84
4.2.2 Eixo 2 - A Interação no trabalho: as condições necessárias para troca de conhecimentos.....	97
4.2.3 Eixo 3 - A formação no trabalho em saúde: as condições existentes para a troca de conhecimentos - o “instituído”.....	123
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	134
REFERÊNCIAS	143
GLOSSÁRIO	151
ANEXOS	
Anexo 1 - Termo de Aprovação da Pesquisa emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura Municipal de Curitiba.....	157
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	158
Anexo 3 - Roteiro de Entrevista	159

LISTA DE QUADRO E TABELAS

TABELA 1 - Universo da Pesquisa da Unidade de Saúde em Estudo	68
TABELA 2 - Composição da Amostra de Pesquisa.....	70
QUADRO I - Sistematização dos Eixos, Questões, Categorias e Temas relacionados.....	72

LISTA DE GRÁFICOS

GRAFICO 1 – SEXO DOS PROFISSIONAIS – UNIVERSO DA PESQUISA– Unidade Saúde da Família, Distrito Sanitário de Saúde – Curitiba/PR. 2007	74
GRAFICO 2 - CATEGORIA PROFISSIONAL - UNIVERSO DA PESQUISA – Unidade Saúde da Família, Distrito Sanitário de Saúde – Curitiba/PR. 2007	75
GRAFICO 4 – PERCENTUAL DE NÍVEL DE MÉDIO E SUPERIOR DOS PROFISSIONAIS – UNIVERSO DA PESQUISA – Unidade Saúde da Família, Distrito Sanitário de Saúde – Curitiba/PR. 2007.	76
GRAFICO 3 – GRAU DE ESCOLARIDADE DOS PROFISSIONAIS – UNIVERSO DA PESQUISA – Unidade Saúde da Família, Distrito Sanitário de Saúde – Curitiba/PR. 2007.	77
GRAFICO 5 – ANO DE INGRESSO DOS PROFISSIONAIS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMILIA – UNIVERSO DA PESQUISA – Unidade Saúde da Família, Distrito Sanitário de Saúde – Curitiba/PR. 2007.	78
GRAFICO 6 – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NO SETOR SAÚDE E NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMILIA – Unidade Saúde da Família, Distrito Sanitário de Saúde – Curitiba/PR. 2007.	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Auxiliar de Enfermagem
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e o Caribe
CEP/SMS	Conselho de Ética em Pesquisa / Secretaria Municipal de Saúde
CFE	Conselho Federal de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de saúde
COREN / PR	Conselho Regional de Enfermagem do Paraná
COSAC/SAS	Coordenação de Saúde da Comunidade/ Secretaria de Assistência à Saúde
DATASUS	Banco de dados do Sistema Único de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
FAS	Fundação de Ação Social / Prefeitura Municipal de Curitiba
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LTS	Licença para Tratamento de saúde
MS	Ministério da Saúde
MPAS	Ministério da Assistência e Previdência Social
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde

NOB	Norma Operacional Básica
NM	Nível Médio
NS	Nível Superior
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PMA	Relatórios de Produção e Marcadores para Avaliação (ficha de acompanhamento de famílias no PSF/PACS/SUS)
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem
PSF	Programa Saúde da Família
RH	Recursos Humanos
SAE	Sistematização da assistência de Enfermagem
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SNS	Sistema Nacional de saúde
SSA	Relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias (ficha de acompanhamento de famílias no PSF/PACS/SUS)
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico Higiene Dental
URSS	Abreviatura da antiga União das Repúblicas Socialista Soviética
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

RESUMO

Esta pesquisa objetivou investigar as condições existentes e necessárias para a interação e troca de conhecimentos entre os profissionais das equipes do PSF para a prática do agir em saúde de forma multiprofissional, coletiva e interdisciplinar, visando à integralidade da Atenção Básica em Saúde. Como objetivos específicos, buscou investigar o processo de trabalho da equipe multiprofissional de Saúde da Família, tendo como referência a produção de subjetividade e a interação dos sujeitos; descrever como ocorre a interação do trabalho da equipe multiprofissional, e analisar a relação entre os processos de formação inicial e continuada dos profissionais de saúde e as concepções e práticas solicitadas às equipes multiprofissionais do PSF para o agir em saúde. É um estudo qualitativo descritivo que utilizou a entrevista semi-estruturada e a observação direta como método de coleta de dados. Se desenvolveu num Distrito Sanitário de Saúde da cidade de Curitiba /PR junto aos profissionais / trabalhadores das equipes multiprofissionais do PSF. Como condições existentes para a interação e troca de conhecimentos entre os profissionais das equipes do PSF para a prática do agir em saúde podemos constatar que a implantação do PSF investigado deu-se dissociada de uma discussão coletiva com os profissionais diretamente implicados, fato que justifica discursos que manifestam inseguranças e incertezas quanto a implantação da proposta do PSF. Há um distanciamento entre o que está posto nas regulamentações e documentações oficiais sobre a concepção do PSF e a organização perceptível da realidade. Como condições necessárias, cabe pensar e agir sobre os processos de trabalho, acionando dispositivos para alterar relações técnicas e sociais (políticas, ideológicas e simbólicas) no dia-a-dia do trabalho das equipes multiprofissionais. A reflexão sobre as aprendizagens da prática, a fim de que essas possam ser compartilhadas, tornadas explícitas, requer, um planejamento de atividades com esta finalidade. Assim, é importante compreender que investir na diversidade é, também, reconhecer que a formação de profissionais em saúde abrange distintas esferas humanas: cognitiva, procedimental, social, afetiva, de conduta e de manifestação da vontade (RUIZ-MORENO et. all, 2005). A formação e o trabalho como espaços diferenciados de aprendizagem, ativam o potencial transformador dos sujeitos implicados, na direção de um entendimento da relevância do conhecimento como algo que não apenas conhece as coisas, e sim como algo que pode mudar as coisas (DEMO, 1998).

Palavras-chave: Saúde, Trabalho e Educação; Formação em Saúde; Programa de Saúde da Família; Equipe Multiprofissional de Saúde; Trabalho e Educação.

ABSTRACT

The purpose of this research is to investigate the existing and necessary conditions for the interaction and exchange of knowledge between the professionals of PSF teams, looking for the practical one of acting in health, using the multi-professional and collective way, aiming the completeness of Health's Basic Attention. As specific objectives, it searched to investigate the work process of the Family's multiprofessional Health team, using as a reference the subjectivity production and the citizens interaction; to describe how the work's interaction of the multi-professional team occurs, and to analyse the relationship between the processes of the initial and continued formation of the health professionals, and to study the conceptions and requested practicals solicted to the PSF multi-professional teams in order to act in health. It is a descriptive qualitative study that used the half structuralized interview and the direct comment as a method of data collection. It has been developed in a Sanitary District, localized in Curitiba / PR, together with the professional workers of the PSF multiprofessional teams. As existing conditions to the interaction and exchange of knowledge, between the PSF professional teams, aiming the practice of acting in health, we can evidence that the implantation of the investigated PSF has been dissociated of a collective discussion between the professionals directly implied, fact that justifies some speeches that reveal unreabilities and uncertainties of the implantation of the PSF proposal. There is a distance between what is rank in officials regulations and documentations about the PSF conception and the perceivable organization of the reality. As necessary conditions, it fits to think and act on the work processes, operating dispositives in order to modify technique and social relations (politics, ideological and symbolic) in day-by-day work of the multi-professional teams. The reflection about the practical learning, so that these can be shared, become explicit, requires a planning of activities with this purpose. Finnaly, it is important to comprehend that the diversity investments is, also, to recognize that the health's professionals formation endorses distinct human spheres: cognitive, procedural, social, affective, the conduct and intent declaration (RUIZ-MORENO et. all, 2005). The formation and the work as differentiated spaces of learning, activates the transforming potential of the implied citizens, in the direction of an agreement of the knowledge's relevance as something that does not only know the things, but can also change them. (DEMO, 1998)

Key-Words: Health, Work and Education; Formation in Health; Health Family Program; Team Multi-professional of health; Work and Education.

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa está inserida no esforço de produção do conhecimento sobre a realidade de programas estruturados para oferecer Atenção Básica à Saúde, buscando contribuir para a identificação e discussão de questões relacionadas ao trabalho e às condições de trabalho dos programas no campo da Saúde Coletiva, em especial, aqueles relacionados às demandas de formação inicial e permanente dos profissionais de saúde.

É, portanto, no âmbito dessa temática que se situa a presente pesquisa. Assim, este estudo aborda as relações de trabalho existentes no Programa Saúde da Família (PSF) e a interação dos trabalhos desenvolvidos em equipe multiprofissional. Buscou-se identificar as mediações e condicionantes existentes na interação e troca de conhecimentos entre os profissionais para a prática do agir em saúde, a fim de entender como essas mediações e condicionantes interferem nas relações entre a formação dos profissionais da saúde, a concepção de saúde e o conjunto de políticas públicas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) – Programa Saúde da Família e o agir em saúde.

O interesse pelas questões referentes a formação, ao trabalho em equipe e sobre a tão propagada interdisciplinaridade inerente às equipes multiprofissionais de saúde vem me acompanhando já há alguns anos. Desde a graduação em Enfermagem em 1989 entrei em contato com o cotidiano dessas equipes. Logo após a graduação me inseri no trabalho em Saúde Coletiva organizada nas áreas Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Vigilância sobre o ambiente, cujo objeto de intervenção dessas práticas é o adoecer; age-se sobre a doença e sobre as possibilidades de ela acontecer. Atuei no campo da Saúde Pública de 1989 a 1999, intercalados por uma atuação de três anos no âmbito da assistência hospitalar quando tive a oportunidade de desenvolver meu trabalho diretamente com a equipe de Enfermagem em serviço. Depois retornei novamente ao campo da Saúde Coletiva - Vigilância Sanitária.

As enfermeiras raramente trabalham de forma isolada; seja na assistência hospitalar, na Atenção Básica, ou em qualquer outra forma de organização de produção de serviços de saúde, o predominante é estarem inseridas em práticas

partilhadas com os auxiliares e técnicos de enfermagem e com profissionais de outras áreas, numa interação multiprofissional e interdisciplinar.

Como enfermeira, observei que as atividades da assistência de Enfermagem são interdependentes em relação às ações dos demais agentes das equipes de saúde. Creio que essa interdependência aparece de forma mais explícita no trabalho de Enfermagem, pois a área vem construindo seu objeto de intervenção em torno do cuidado, e este, mesmo quando prescrito no âmbito da Enfermagem, está relacionado a interpretações e múltiplas ações de variados profissionais, sobretudo do médico.

Sem dúvida, esse interesse foi mais estimulado e provocado por minha breve atuação na assistência hospitalar, ambiente e dimensão profissional em que a proposição do trabalho em equipe é antiga na área de Enfermagem, e tão necessária quanto, pois o cuidado realizado na assistência hospitalar é um empreendimento de vários agentes, dada a abrangência e os desafios colocados pelos momentos de inquietação vividos pelos usuários, familiares e profissionais frente às experiências de intenso sofrimento, dor, morte e vida. Foi nessa unidade de internação hospitalar que aprendi o quanto é produtivo trabalhar com a equipe multiprofissional; e aprendi também que o compromisso, a postura ética e o conhecimento determinam o reconhecimento profissional.

A Enfermagem organizou-se como profissão sob o modo capitalista de produção desenvolvendo sua prática inicialmente no espaço institucional do hospital e depois no espaço ambulatorial, integrando o trabalho coletivo em saúde (Pires 1998). Organiza-se com divisão parcelar de suas atividades, nos quais a Enfermeira assume a gerência do trabalho assistencial, suas ações administrativas e de educação, controlando a globalidade do processo de trabalho, e delegando as tarefas assistenciais aos demais trabalhadores da Enfermagem (auxiliar e técnico).

Atualmente, organiza-se numa mistura de processos organizacionais de trabalho de enfermagem baseados nas teorias clássicas da administração, no modelo do cuidado integral de Enfermagem e na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Esses modelos guiaram e guiam até hoje as diferentes abordagens da profissão.

Ainda é preponderante na Enfermagem a divisão entre os que pensam e, portanto, administram e concebem, e os que executam, os administrados (PIRES,

1998; PEDUZZI, 1998). E essa é a forma como está organizada a divisão técnica e social do trabalho na Enfermagem no espaço institucional, onde mantém relativa autonomia nas ações realizadas junto ao paciente, cabendo primordialmente ao Enfermeiro a sua “concepção”, ou seja, o pensar sobre as ações administrativas e de educação, atividades consideradas intelectuais. Às demais categorias trabalhadoras da Enfermagem, auxiliares e técnicos, competem a sua “execução” e as ações assistenciais. Fica assim estabelecida a divisão do trabalho na Enfermagem de acordo com a especialização de seus membros. (PEDUZZI, 1998)

Herdou-se do taylorismo, faylorismo e fordismo a valorização do ‘como fazer’ em detrimento do “por que fazer”, caracterizando o processo mecanicista da profissão, muito bem especificado nos manuais de normas, rotinas e procedimentos técnicos que trazem descrições detalhadas dos passos a serem seguidos nas atividades desenvolvidas, bem como dos agentes que devem desempenhá-las. Isso se mostra presente também nas escalas diárias de divisão de tarefas. A divisão hierárquica rígida dentro do trabalho da enfermagem também é um traço importante das teorias administrativas funcionalistas, assim como a valorização do quantitativo em detrimento do qualitativo e a pouca relevância das relações interpessoais, fato que já se fragiliza, quando da introdução dos modelos já referidos. Nesse contexto, desde sua organização como profissão, a Enfermagem é predominantemente subordinada, institucionalizada e assalariada.

Porém, apesar dos “paradigmas” ainda fortemente presentes na Enfermagem, percebe-se uma “insubordinação” velada aos princípios herdados das teorias administrativas mencionadas que está presente, de forma implícita ou explícita, na filosofia do cuidar. (LUNARDI-FILHO, 1997)

Durante minha atuação hospitalar, tive a oportunidade de fazer um curso de especialização em Projetos Assistenciais de Enfermagem, pela Universidade Federal do Paraná. Para a conclusão do referido curso, desenvolvi um projeto assistencial em serviço realizado juntamente com a equipe de Enfermagem do setor em que trabalhava, envolvendo os agentes da assistência de Enfermagem no desenvolvimento do projeto - as anotações de Enfermagem.

Durante a implementação desse projeto assistencial em serviço hospitalar, a integração dos membros da equipe no desenvolvimento do trabalho assistencial, bem como as articulações das ações da assistência que envolviam os profissionais

da equipe hospitalar, equipe de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e outros, despertaram meu interesse e atenção fornecendo-me bastante questionamentos. Até aqui, muitas eram as situações que me inquietavam, quanto mais eu tentava compreendê-las, mais difícil se tornavam. No entanto, não por mero acaso, eu continuava inserida no trabalho em Saúde Coletiva, em grupos que me permitiam várias formas e possibilidades do trabalho em equipe.

Na Saúde Coletiva, área de Vigilância Sanitária, tal como na Assistência Hospitalar, o trabalho tem caráter interdisciplinar e argüidor das práticas de saúde e isso permitiu que eu continuasse no exercício cotidiano de trabalho compartilhando com outros profissionais de saúde, além dos da Enfermagem, refletindo sobre o tema. Hoje, parece-me claro, pelos dilemas e dúvidas que se impõem a cada instante, que minha trajetória pela Enfermagem, seja na assistência hospitalar, seja pela Saúde Coletiva, permitiu-me configurar o tema - a interação e a articulação da equipe - como objeto de pesquisa.

Nesse sentido, foi à experiência do trabalho em equipe na Enfermagem e a possibilidade teórico-prática de pensar o trabalho como coletivo que me incentivaram, a enfrentar a provocante tarefa de desenvolver uma pesquisa de mestrado sobre o tema.

No desenvolvimento da pesquisa procurei também verificar em que medida e como os usuários estão participando dessa política pública. Se na condição de sujeito, isso teria como pressuposto a participação do usuário como sujeito de políticas públicas em saúde da família em todas as suas etapas, desde a concepção, planejamento, execução até a fase de avaliação, uma vez que esse é um referencial nas definições e parâmetros fundamentais das políticas públicas de saúde em nosso país.

São marcas predominantes do SUS e do PSF a universalidade, eqüidade, integralidade, descentralização, hierarquização, compondo a resolutividade das ações de saúde. Nesse sentido, a qualificação em Atenção à Saúde torna-se ponto central para a consolidação de um Sistema que deve estar comprometido com o mundo das necessidades de saúde dos indivíduos e suas famílias.

Deve-se garantir uma assistência integral e humanizada à saúde da pessoa e de suas famílias, dentro de sua realidade local e social, respeitando suas necessidades, valores, ritos e costumes, baseando as práticas coletivas na

territorialização, no vínculo, na participação popular e no controle social¹. O PSF possivelmente resulta de complexas influências sociais, políticas e culturais, busca articular universalidade, equidade, integralidade e participação da sociedade civil, incorporando diversos e conflituosos elementos ideológicos e conceituais, tendo, como substrato de sua formação e formulação, contextos simultaneamente globais e locais, societários e institucionais, além de técnicos e políticos.

Em meio a essas contradições, pensar na melhoria da qualidade dessa assistência é pensar na integralidade de modo a conhecer essa realidade, identificando prioridades e tendo como base o perfil epidemiológico do território e a otimização dos recursos existentes “nos e entre os serviços” de forma integrada, voltados para a necessidade dos usuários.

Nesse contexto, a integralidade da atenção à saúde relaciona-se à constituição de ações integradas e em rede, que incluam prevenção, promoção e recuperação da saúde, abordagens humanizadas e continuadas, exigindo uma atuação interdisciplinar e intersetorial, as quais servirão de base para a constituição do cuidado em saúde. Tendo essa concepção como orientadora podemos concordar com o ideário, “os serviços de saúde são portadores de tecnologias competentes para produzir benefícios e melhorias nas vidas das pessoas e das coletividades”. (MERHY, 2002c, p.14-15)

Todas essas questões encontram-se diretamente ligadas às condutas e atuação do trabalho em equipe multiprofissional², e na relação desta com os usuários e suas famílias. Vale lembrar que essas condutas são influenciadas pelas concepções que os profissionais das equipes multiprofissionais têm em relação ao processo saúde-doença, adequação do diagnóstico e da terapêutica adotados de

¹ Quando se fala em controle social no SUS, se está falando, fundamentalmente, no papel dos Conselhos de Saúde. O entendimento de que a sociedade, pelo seu conjunto de normas e regras controla o cidadão em nome da coletividade, é o atual significado de controle social no SUS, no qual existe um movimento da sociedade em direção ao controle do Estado. Através dos Conselhos de Saúde se dá a participação da comunidade na fiscalização e na condução das políticas de saúde, garantida a no Brasil a partir da Lei N° 8.142, de 28/12/1990. É, portanto através de um efetivo ‘controle social’ que os usuários acompanham e fiscalizam a execução das políticas de saúde e participam da formulação das estratégias do SUS.

² A definição de trabalho em equipe multiprofissional utilizada por nós neste estudo, está baseada no conceito de Peduzzi (1998) descrita no Glossário da pesquisa.

acordo com protocolos assistenciais³ existentes e disponíveis, além da apreensão dos aspectos socioculturais e motivacionais do ambiente de trabalho.

A adequação entre os processos formativos e a filosofia preconizada para o PSF no SUS coloca-se como questão central neste programa, em especial, para a atuação dos trabalhadores que compõem as equipes multiprofissionais de saúde; a educação em saúde perpassa todas as etapas do processo de trabalho da Atenção Básica, seja nas ações individuais ou coletivas implementadas com a concepção de educação permanente. Entretanto, percebe-se que, para a efetiva implementação dessas ações, existe a necessidade de constituição de novos padrões de relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários nos locais que este processo de relação venha a ser operado.

Com referência em Mendes-Gonçalves (1979, 1992, 1994), Nogueira (1997, 2000), Campos (1997, 1998, 2003), Pires (1998), Peduzzi (1998) e Merhy (2002a, 2005) pode-se afirmar que o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana, compartilha características comuns a outros processos que acontecem em outros setores da economia e é parte do setor de serviços. É um serviço que se funda numa inter-relação pessoal intensa na qual o laço interpessoal é decisivo para a própria eficácia do ato, possuindo dimensões intercomplementares e interatuantes. Dessa forma é um trabalho da esfera não-material, centrado no trabalho vivo, em ato que se completa no ato de sua realização. O produto, indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade.

É um trabalho majoritariamente coletivo por isso desenvolve-se em equipe multiprofissional; é interdisciplinar, reflexivo, dotado de discontinuidades e incertezas, o que acarreta a impossibilidade de ser normatizado completamente, devido às funções técnicas dos variados agentes, e também da impossibilidade de definir rígidos critérios econômicos de produção; é destinado à prevenção, manutenção ou restauração da saúde imprescindível ao conjunto da sociedade. (PEDUZZI, 1998)

O Programa Saúde da Família (PSF), enquanto estratégia do SUS para reordenação da Atenção à Saúde, não pode isentar-se da necessidade de

³ Os protocolos assistenciais referem-se aos protocolos institucionais de programas de Atenção à Saúde previamente estabelecidos nos serviços de saúde. Ex: Programa de Gestante; Lactentes; Saúde Mental; Hipertenso, dentre outros.

superação de problemas já identificados desde sua implantação e ainda apontados como fundamentais para a consolidação do SUS, os quais destacam-se as indefinições e progressiva redução no financiamento do setor e direcionamento ainda inadequado das políticas de qualificação de trabalhadores desse setor, considerados um dos pilares fundamentais para o seu desenvolvimento.

Torna-se necessária a qualificação profissional dos trabalhadores da saúde, dada a imprescindível prática interdisciplinar; eles devem estar inseridos em um processo de reorientação da política de gestão do trabalho no SUS que preconiza a educação permanente no trabalho que deve se dar mediante ações concretas do mundo do trabalho, visando alcançar perfis de profissionais orientados pelas necessidades da população. Entretanto, o desafio refere-se à construção de tecnologias adequadas para o desenvolvimento das ações de saúde na práxis diária e que devem dar base para a formação profissional e em serviço, inovando o processo de educação profissional para a saúde.

Esta pesquisa também poderá contribuir para verificar se e em que medida, tal pressuposto está ocorrendo na realidade, bem como, fornecer subsídios para identificar as contribuições e limites que estão postos para a participação dos usuários. O processo de educação permanente para o SUS contempla, como nível de abrangência, a sociedade na qual o cidadão tem o direito de participar conhecendo, propondo, fiscalizando e contribuindo para o fortalecimento do controle social no SUS (BRASIL, 2005). Isso é fundamental, pois coloca em discussão o entorno social no qual se localiza a atuação prática do agir em saúde das equipes multiprofissionais do PSF, observando o contexto sócio-cultural e ambiental da produção desse cuidado.

Essas considerações sobre o processo de trabalho e formação dos profissionais da saúde implicam e justificam a necessidade da realização de pesquisas e desenvolvimento de estudos que investiguem a prática da assistência à saúde e o seu desenvolvimento, envolvendo os mais diferentes contextos, focando desde a formação dos trabalhadores, as articulações destes entre si, as tecnologias disponíveis e os fatores sociais nos quais as famílias estão inseridas, buscando compreender os fenômenos subjetivos e objetivos que interferem nas atividades desenvolvidas pelos trabalhadores das equipes multiprofissionais em Saúde da Família.

A formação profissional do trabalhador de saúde e as relações de trabalho desses profissionais são complexas e incidem de modo determinante na qualificação da Atenção Básica. Este trabalho pretende investigar essa problemática buscando contribuir com reflexões e possíveis respostas que contribuirão com a qualificação dos trabalhadores da equipe multiprofissional do PSF.

Neste sentido, a pesquisa tem como objetivo geral investigar as condições existentes e necessárias para a interação e troca de conhecimentos entre os profissionais das equipes do PSF para a prática do agir em saúde de forma multiprofissional, coletiva e interdisciplinar, visando à integralidade da Atenção Básica em Saúde.

Os objetivos específicos são: a) investigar o processo de trabalho da equipe multiprofissional de Saúde da Família, tendo como referência a produção de subjetividade e a interação dos sujeitos; b) descrever como ocorre a interação do trabalho da equipe multiprofissional para o agir na saúde da família; c) analisar a relação entre os processos de formação inicial e continuada dos profissionais de saúde e as concepções e práticas solicitadas às equipes multiprofissionais do PSF para o agir em saúde.

Esta pesquisa está inserida na temática Trabalho e Educação. É um estudo qualitativo descritivo que utilizou entrevistas semi-estruturadas e observação direta para a coleta de dados. Foi realizada em um dos Distritos Sanitários de Saúde do Município de Curitiba, onde são desenvolvidas as estratégias de Saúde da Família. Nesse distrito, o universo pesquisado foi o conjunto de profissionais que compõe as Equipes Multiprofissionais no Programa Saúde da Família, quais sejam: médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem, técnicos de higiene dental, auxiliares de consultório dentários e agentes comunitários de saúde.

Esta dissertação ficou organizada da seguinte forma: o primeiro capítulo apresenta uma breve contextualização do Sistema Único de Saúde (SUS), da Atenção Básica de Saúde (ABS) e do Programa Saúde da Família (PSF).

No segundo capítulo foram abordadas as concepções sobre processo de trabalho em saúde, destacando o trabalho coletivo enfatizando teorizações sobre a multiprofissionalidade, interdisciplinaridade do trabalho em equipe; e a formação em saúde no contexto do PSF tendo em vista a integralidade dos cuidados em saúde.

O terceiro capítulo trata da sistematização e procedimentos metodológicos da pesquisa, ficando assim organizado: na primeira parte traz a opção metodológica, o desenho e a concepção da pesquisa, o método de coleta de dados e os instrumentos utilizados, os procedimentos de análise e o tratamento dos dados; a segunda parte aborda o universo da pesquisa e os procedimentos relativos à composição da amostra.

O quarto capítulo apresenta a análise empírica dos dados e os resultados encontrados como categorias extraídas do tratamento dos dados, articulando-os com as categorias teóricas resultantes da análise da bibliografia estudada.

E por fim, nas considerações finais, apresentamos os principais resultados alcançados nesta pesquisa e indicamos elementos que, à luz de (in)conclusões alcançadas, podem construir objetos de pesquisas futuras sobre a temática.

CAPÍTULO I

SUS: UMA HISTÓRIA RECENTE

Este capítulo faz uma breve contextualização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil apresentando sua história recente, situando a Atenção Básica em Saúde e, nesta, o Programa Saúde da Família.

1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

O processo de redemocratização do Brasil, vivenciado entre as décadas de 1970 e 1980, trouxe um novo sistema de atenção à saúde para o país, no qual o Estado configura-se como responsável pela sua execução e qualquer cidadão teria direito de acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, a Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) incorpora uma concepção ampliada de saúde, entendida como direito de cidadania: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". (BRASIL 1988, Art. 196)

O Sistema Único de Saúde representa uma das principais conquistas da sociedade brasileira. Sua criação constitucional é vitória dos movimentos sociais e populares que tinham, à frente, usuários, trabalhadores do setor saúde, da academia e autoridades sanitárias. (CHIESA, 2005)

Foi concebido no âmbito da Reforma Sanitária e sua criação foi assegurada pela Constituição Brasileira de 1988, a qual dispõe sobre o tema da Saúde e Seguridade Social no capítulo referente à Ordem Social, recomendando estratégias para a reforma do setor, tendo sua regulamentação em 1990, com a Lei 8080/90⁴. Traz, como princípios doutrinários, a universalidade, a equidade e a integralidade; e quanto à sua organização, rege-se pelos princípios da regionalização,

⁴ Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. É a Lei Orgânica da Saúde regula em todo o território nacional o Sistema Único de Saúde, e suas ações e serviços de saúde, executados isolados ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

hierarquização, resolutividade, descentralização e participação dos cidadãos. (BRASIL, 1988; 2000a; 2000b; CHIESA, 2005)

De acordo com Chiesa (2005), a partir dos princípios doutrinários e organizacionais do SUS, pretende-se com a universalidade do atendimento, estender a cobertura das ações a todos os cidadãos; da eqüidade na oferta das ações entende-se as diferentes necessidades da população a serem atendidas e oferecer condição de igualdade de oportunidades para o uso de recursos existentes; da integralidade da rede de serviços, entende-se a possibilidade de os usuários acessarem os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde em busca da resolutividade dos problemas existentes; da descentralização política e administrativa dos serviços e da participação social, espera-se o envolvimento dos diferentes segmentos da sociedade na formulação e controle da execução dessa política pública.

O texto constitucional foi complementado e aperfeiçoado pela Lei Orgânica da Saúde de 1990. Nesse sentido, a assistência à saúde deve abranger tanto as ações assistenciais curativas quanto, e prioritariamente, as atividades de promoção da saúde⁵ e prevenção de doenças. Entretanto, essa seria apenas uma das dimensões do conceito da integralidade. No campo da saúde, a integralidade tem sido reconhecida como expressão polissêmica, com seus muitos sentidos convergindo quanto à contraposição ao reducionismo, a fragmentação e objetivação dos sujeitos (MATTOS, 2001).

Frente aos ditames constitucionais de 1988 com relação à saúde constante no art. 196, da Constituição 1988, consegue-se apreender três importantes dimensões do ideário do SUS que influenciam fortemente na implementação, financiamento e na formulação de Políticas de Recursos Humanos para o setor da saúde no Brasil, em termos de conteúdo, abrangência e direcionalidade.

A dimensão cultural é a primeira, a qual expressa o reconhecimento da determinação social no risco de adoecer e de sofrer agravos à saúde. A segunda dimensão é a ética, a qual apresenta a saúde como um direito social com diretrizes de universalidade, integralidade, eqüidade, garantido a todos os cidadãos brasileiros; e a terceira dimensão é a organizacional, que qualifica o SUS como um

⁵ Promoção da Saúde, definição Glossário da pesquisa.

sistema pluralista, regionalizado, hierarquizado, descentralizado, e com direção única em cada esfera de governo. (SCOREL, 1998; BRASIL, 2005)

No entanto, convivemos cotidianamente com muitos desafios e contradições para a efetiva implementação do sistema de saúde, e para superar esses impasses existentes e implementar o SUS, precisamos segundo Coelho (2006):

“rever o formato jurídico administrativo de nossas organizações, precisamos superar as barreiras impostas pela grande fragmentação organizacional, precisamos rever a clínica e o trabalho em saúde, precisamos introduzir o conceito de responsabilidade sanitária em nossas organizações de saúde e nas três esferas governamentais, precisamos estruturar o Programa de Saúde da Família (PSF) ou outro programa que dê conta de uma atenção primária resolutiva e capaz de promover a saúde e uma maior autonomia dos sujeitos.” (2006, p.311)

Tendo em vista o padrão de reforma setorial estabelecido na Constituição de 1988, o SUS conseguiu garantir recursos financeiros no contexto de uma política de estabilização econômica, graças à existência de uma base de apoio social muito forte. Essa mobilização, agregada à lógica de incorporação de uma participação comunitária, fez, provavelmente, com que esse processo de descentralização no país fosse o grande motor desse específico processo de reforma setorial.

É importante reforçar que, embora tenha sido explicitado em sua formalização inicial pela Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, operacionalizado por meio de legislação específica, como a Lei Orgânica de Saúde e pelas Normas de Operacionalização Básicas e de Atenção à Saúde (NOBs e NOAS), o SUS não é um modelo simples e estanque. O SUS é um processo, e como tal, está em constante construção na busca por seus objetivos e ideais.

1.2 Atenção Básica em Saúde (ABS)

A Atenção Básica inserida no contexto do SUS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 1998a; 2000b). É considerada como o contato inicial e preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da integralidade, humanização,

equidade e da participação social. Considera o sujeito em sua singularidade e complexidade, na integralidade e inserção sócio-cultural, e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, 1998a)

O processo de construção do SUS, marcado pela elaboração e implementação de instrumentos legais e normativos, tem como propósito central a racionalização das formas de financiamento e gestão dos sistemas estaduais e municipais de saúde, levando em conta uma proposta de ampliação da autonomia política dos municípios que são a base da estrutura político-administrativo do Estado. A qualidade da Atenção Básica à saúde é um dos principais desafios colocados para a consolidação desse sistema. Portanto, sendo uma formulação típica do SUS, deixa claro os seus princípios e suas diretrizes organizativas, sendo incorporado pela estratégia do PSF, que a partir de sua criação, materializou uma forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de Atenção à Saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

1.3 Programa Saúde da Família (PSF)⁶

O Programa Saúde da Família tem se constituído numa estratégia essencial, no âmbito da Atenção Básica, como projeto dinamizador do SUS, condicionado pela evolução histórica e a organização do sistema de saúde no Brasil. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) se faz através da valorização do vínculo e do compromisso entre equipe de saúde, indivíduos e comunidade, possibilitando uma ação pró-ativa no cuidado com a saúde. (BRASIL, 1998; 2001, 2006)

Segundo Souza (2006) o PSF no Brasil, mesmo baseado nas idéias de Atenção Primária, prevenção de doenças e promoção da saúde aceitas

⁶ O Programa Saúde da Família ora é tratado por 'Programa' e ora por 'Estratégia'. Isso se deve ao fato de que quando foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994, foi denominado Programa. Entretanto, devido sua implementação em todo o território nacional desde 1994, e aos resultados alcançados na Atenção Básica passou a ser denominado de estratégia, melhor explicitado a partir de 2006, com uma portaria do Ministério da Saúde - Portaria n.648/2006 que reafirma seus objetivos explicitando suas responsabilidades sanitárias no conjunto do sistema de saúde, o qual deixa de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo dos serviços para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, um instrumento de universalização da cobertura da atenção básica e também um espaço de reorganização do trabalho em saúde nesse nível. As duas denominações 'Programa' ou 'Estratégia' são amplamente utilizadas em textos oficiais.

internacionalmente, é original e inédito em sua concepção, não havendo registro de modelos semelhantes em outros países. A experiência brasileira é mais complexa do que as internacionais dado que busca articular universalidade, equidade, integralidade e participação da sociedade civil. Diferentemente da Medicina Familiar vigente em alguns países da Europa, Oceania e Canadá, o PSF pressupõe o trabalho multiprofissional e em equipe como processo básico para a integralidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde.

A perspectiva nacional do Programa Saúde da Família inclui ainda, a dimensão intersetorial que não está presente nos demais programas de medicina de família já citados. Cabe destacar que o PSF busca uma intersetorialidade, com vista na interdisciplinaridade das ações. Nesse sentido, a interdisciplinaridade na Atenção Básica em Saúde e no PSF não é uma alternativa frente às demais opções, mas condição *“sine qua non”* para a efetivação do processo de saúde integral do ser humano no contexto das relações sociais e do processo saúde-doença. É, portanto, condição necessária.

Nesse sentido, estabelecer uma Atenção Básica resolutiva e de qualidade significa, entre outros, reafirmar os princípios constitucionais estabelecidos para o Sistema Único de Saúde, ou seja buscar, por meio dessa forma de atenção, reforçar a consecução da universalidade do acesso, da equidade e da integralidade das ações (BRASIL 1998, 2006). O PSF "requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes" (BRASIL 1997b, p.9), pois tal proposta demanda a reorganização dos conteúdos dos saberes e práticas de saúde, de forma que estes reflitam os pressupostos do SUS no fazer cotidiano dos profissionais.

Apesar do SUS existir desde 1988 no Brasil, os seus princípios não foram imediatamente implantados em função da estrutura política, econômica e dos serviços de saúde que desfavorecia o atendimento às necessidades da população. Além disso, a coexistência com diversos modelos assistenciais concomitantemente, com a tendência de reprodução conflitiva dos modelos hegemônicos, ou seja, o modelo médico assistencial privatista com ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, e o modelo assistencial sanitarista, centrado em campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica

e sanitária, (MENDES, 1993; PAIM, 1994), ao lado dos esforços de construção de modelos alternativos, como é caso atualmente do Programa Saúde da Família.

No modelo assistencial anterior (modelo médico assistencial-privatista) acima referido, as ações e a implantação de programas na Atenção Básica eram centradas na doença e em programas estruturados para prestar assistência e controle às mesmas. Por exemplo, a atenção era voltada para a hipertensão como um problema, e não para o indivíduo hipertenso. O sistema de saúde e seus profissionais não se preocupavam em conhecer as condições que levavam as pessoas a apresentar 'hipertensão', nem como seu modo de viver na comunidade poderia estar influenciando tal processo.

Deparava-se, ainda, com inúmeras dificuldades na operacionalização da equidade e da integralidade da assistência em saúde principalmente pela falta de um modelo assistencial capaz de incorporar essa nova responsabilidade do setor saúde. A concretização desses princípios requeria a estruturação de um modelo assistencial cujo foco da atenção não se direcionasse para o tratamento das doenças, mas para os determinantes das condições de saúde e necessidades de indivíduos, grupos e coletividade. (CHIESA, 2005)

Nesse sentido, os desafios das novas tecnologias de saúde para os profissionais e gestores do SUS, implica articular ações técnicas e organizacionais que simultaneamente produzam impactos sobre a exclusão de segmentos marginalizados da sociedade através da universalidade do acesso, atendendo ao princípio da equidade, e que reconheça as distintas necessidades da população a ser atendida em função das imensas desigualdades sociais observadas na sociedade brasileira.

Com a participação dos movimentos populares das decisões de políticas públicas, as legislações elaboradas com o objetivo de efetivar a implementação desses princípios apontaram a necessidade de organização de estratégias que os consolidassem na prática dos serviços de saúde, o que ocorreu mediante a estruturação das ações de vigilância da saúde, ampliando as responsabilidades do setor saúde e de outros setores públicos sobre as condições de vida e saúde da população, reorganizando a assistência na perspectiva da Atenção Básica. Ao reunir elementos que permitem a atuação relacionada à promoção da saúde e à prevenção de doenças, a Atenção Básica deveria ser capaz de responder às necessidades

básicas de saúde da população, a partir da identificação de seus determinantes (BRASIL, 1990a; 1997a).

Assim, os anos 1990 foram marcados pela busca de alternativas que possibilitassem a superação dos limites dos modelos de saúde vigentes e num contexto de crise econômica e fiscal no país, foram implementados programas, ações regulatórias e novas modalidades de alocação de recursos com o objetivo de aumentar os níveis de equidade e eficácia do SUS. (REIS & HORTALE, 2004; BRASIL, 2001)

Nesse contexto, surgiram o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, programas de Atenção Básica ampliada. Esses programas, como estratégias de modificação da forma de organização da assistência prestada, adotaram como referência as experiências internacionais e nacionais de extensão da cobertura à saúde por meio de assistência às famílias no próprio domicílio, em articulação com as unidades de saúde (BRASIL, 2000a; 2001). Nesse sentido, o PSF, sob a égide da discussão da reformulação do SUS, ampliou a concepção de atenção, definida na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS 1/96) e foi proposto como forma de dar resposta à crise da saúde quebrando a lógica tradicional de prestação de serviços de saúde médico-privatista, biologicista com ênfase na produtividade e nos resultados. (BRASIL, 2001)

A superação do modelo anterior e a construção de um novo modelo que privilegiasse a promoção da saúde e a prevenção de riscos e agravos, reduzindo as desigualdades e resgatando as dimensões éticas e culturais essenciais ao cuidado à saúde das pessoas, foi discutida durante a XI Conferência Nacional de Saúde realizada em dezembro de 2000.

A partir dessa conferência, o caráter substitutivo e as diretrizes para a mudança do modelo assistencial na proposta do Ministério da Saúde excluirá a adscrição de um número de famílias para cada equipe, a territorialização, o diagnóstico da situação de saúde e o planejamento baseado na realidade local, ações estabelecidas para abordagem dos problemas indicados prevendo integração dos diversos níveis de atenção, a intersetorialidade, o trabalho de equipe, a responsabilização e o vínculo com os usuários. (BRASIL, 1998; 2000a)

O PSF foi então ancorado no pressuposto da prevenção e promoção da saúde e não no processo curativo, em uma visão ampla de saúde, definindo que a Atenção Básica deveria compreender um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, situado no primeiro nível de atenção do sistema de saúde e voltado para a promoção da saúde, prevenção de agravos, para o tratamento e a reabilitação. Sua proposta de ação envolve necessariamente as três esferas de governo, cabendo a cada esfera, funções ora distintas, ora complementares. Assim, aos três níveis (federal, estadual e municipal) compete contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde no país, visando a organização dos sistemas municipais de saúde; a avaliação e acompanhamento de seu desempenho e o envolvimento na capacitação e educação permanente dos recursos humanos. (BRASIL, 2000a; 2000b)

A necessidade da intervenção multidisciplinar do PSF sobre os agravos à saúde da população passou a reunir diferentes áreas de atuação, tendo por pressuposto que essas áreas iriam contribuir de forma significativa para a concepção e sistematização de todas as ações relativas à Atenção Básica e no processo de consolidação do PACS/PSF (BRASIL, 2000a; 2000b) cujo principal objetivo era reorientar as práticas de atenção à saúde através da mudança do foco de atuação, do indivíduo para a família e para o ambiente onde ela vive.

Tal enfoque possibilitou uma visão ampliada do processo saúde-doença; além disso, permitiu, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, reorganizar a Atenção Básica (BRASIL, 2000a). Essa visão ampliada direcionada pelos princípios e diretrizes da Norma Operacional Básica direcionou como deveria ocorrer a vinculação dos profissionais com a população, a responsabilização dos serviços pelo território e a abordagem multiprofissional, contribuindo para buscar um entendimento comum em todo território nacional, independentemente das adaptações que as distintas realidades exigem no momento da operacionalização da estratégia. (BRASIL 2000a; 2002)

Desde sua constituição, o PSF teve como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. (BRASIL, 2000a; 2002)

Dessa maneira, tem sido responsável pela reorientação de toda a rede SUS, evidenciando as diferenças loco-regionais do país, e apontando para as necessidades de investimentos, seja na área de apoio de diagnóstico, seja nos demais níveis de complexidade do sistema; as ações dos profissionais devem ser voltadas à necessidade de constituição de novos padrões de relacionamento entre estes e a população e devem estar baseadas na territorialização, na construção de vínculo com a comunidade e na participação popular no controle social. (BRASIL, 2000a; 2000b)

Como estratégia de transformação do modelo de Atenção à Saúde no Brasil o PSF busca a superação da visão fragmentada do ser humano para a compreensão integral na dimensão orgânica individual, familiar e coletiva, resgatando a prática generalista em saúde; privilegiando as práticas coletivas na contextualização e compreensão dos processos de saúde e doença a que estão expostos os indivíduos dentro de sua realidade local, comunitária e familiar; a necessidade de mudança na organização dos serviços e da oferta das ações de saúde ora fragmentadas, para a constituição de ações integradas que incluam ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, e que estejam inseridas em novas redes familiares e sociais que servirão de base para a constituição do cuidado em saúde. (BRASIL, 2000b)

No campo político-administrativo, o PSF tem sido cada vez mais compreendido como a principal estratégia de organização do SUS, exigindo um amplo debate analítico e reflexivo para a superação de problemas oriundos de sua implantação, num constante empenho da gestão, da academia, das entidades e da sociedade organizada, especialmente nos Conselhos e Conferências de Saúde. (BRASIL, 2000b)

A nível municipal o PSF criou novas oportunidades por traduzir, na prática, o conceito de responsabilidade sanitária, e por articular-se a uma rede de saúde, de forma hierarquizada e regionalizada, para garantir o acesso aos serviços de maior complexidade; e, finalmente, por promover o estabelecimento de relações interdisciplinares e intersetoriais que possam atender demandas relacionadas às condições de vida das pessoas e famílias residentes em um dado território, através de políticas públicas mais integradas. Criou também novas oportunidades de acesso aos serviços às comunidades mais expostas aos riscos de adoecer, por estabelecer uma metodologia de organização do trabalho dos profissionais de saúde centrada no

indivíduo, sua família e seu ambiente, estreitando os vínculos e permitindo um conhecimento mais apropriado da realidade em que vivem as pessoas e de quais são suas necessidades.

Como projeto dinamizador do SUS, a estratégia de Saúde da Família é condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. Experimentou um crescimento exponencial e vertiginoso em pouco espaço de tempo, em parte pelas estratégias de indução adotadas pelo Governo Federal, de tal forma que sua velocidade de expansão comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. (BRASIL, 2000a; 2000b)

Em junho de 2005 havia 22.410 equipes de Saúde da Família implantadas em 4.791 municípios brasileiros, representando 86,2% destes e oferecendo cobertura a 40,9% da população brasileira (BRASIL 2005). Atualmente, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), conta com aproximadamente mais de 24.600⁷ equipes de Saúde da Família, incluídas nestas aproximadamente 12,6 mil equipes de Saúde Bucal e 208 mil Agentes Comunitários de Saúde implantados em 4.986 Municípios em todo o Brasil.

No que diz respeito à atuação em equipe, tomamos as palavras de Moraes (2006) que diz:

“A atuação das equipes ocorre, principalmente, nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde” (Editorial 2006, p.5)⁸.

Entretanto, sua consolidação precisa ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios pela capacidade de produção de serviços de saúde com resultados positivos sobre os indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida⁹.

⁷ Dados - Ministério da Saúde, 2005. Estão disponíveis no site <http://www.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>

⁸ Editorial Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde - SUS: um amplo espectro de atuação. Moraes, 2006.

⁹ Para maiores detalhes sobre a produção de indicadores e seus resultados no SUS consultar: Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família. Ministério da Saúde. [página na Internet site oficial M.S <http://www.saude.gov.br>].

Com base em Fortuna (1999, p. 38) deve-se “considerar a multiplicidade, a complexidade, a produção de subjetividades, o modo como os trabalhadores e usuários de um dado estabelecimento se apropriam, entendem, e tomam para si ou não esse projeto, ou seja, se lhes é ou não pertinente o projeto que propõe saúde como direito social”.

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca integrar as ações voltadas para os vários aspectos da saúde dos indivíduos, identificando junto aos mesmos suas necessidades e propondo soluções para os problemas. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes de saúde da família. (BRASIL, 2000a; SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE, 2000)

As equipes agem de forma preventiva e promocional, contribuindo realmente para a reorganização da demanda através do conhecimento da comunidade que se pretende assistir, do estabelecimento de prioridades junto aos moradores da área assistida, na construção de vínculos e na relação de compromisso e de responsabilização.

As unidades de saúde da família devem se caracterizar como porta de entrada dos usuários para os serviços de saúde. Não devem servir apenas para a triagem e encaminhamento dos clientes, mas sim desenvolver atividades de assistência que atendam aos problemas mais comuns da população. Dessa forma, a unidade de saúde funcionaria como um “funil”, dando conta de aproximadamente 85% da demanda exigida pela clientela usuária. (BRASIL, 2000a; 2000b)

Destacamos que uma etapa importante que deve ser realizada consiste na abertura de espaços de discussão e negociação entre gestores e representantes da comunidade (Conselhos Locais de Saúde, Associações de Bairro etc.) a que se pretende assistir, ocasião em que se debateria a importância do programa, seus objetivos e propostas.

Além disso, a definição conjunta das prioridades reforça o objetivo do PSF de promover o desenvolvimento integral da comunidade assistida e permite o exercício do controle social - princípio do SUS que prevê a participação da comunidade no planejamento das ações de saúde para ela direcionada. Tal estratégia torna mais

fácil as ações destas equipes no trabalho, uma vez que a programação das atividades e ações elaboradas devem expressar as necessidades da população e do usuário. Dessa forma, o mecanismo de controle social é fortalecido pela inserção dos representantes da comunidade nos Conselhos de Saúde (municipais e locais), estando em condições de contribuir mais efetivamente na formulação de políticas nessa área. (BRASIL, 2000a)

Depois de implantada, a equipe do PSF deve iniciar suas atividades com o cadastramento da clientela, processo que permite a criação de vínculos entre as equipes e as famílias, a identificação dos fatores relacionados às condições de saúde local do território e do âmbito de suas ações e de outros setores, como habitação e saneamento, por exemplo, serão mais necessárias. Assim, fez-se necessário utilizar, para cada família, uma ficha de cadastro familiar¹⁰, conforme dados do SIAB/DATASUS, contendo informações sobre o perfil epidemiológico das famílias do território adstrito, de forma a auxiliar a equipe no planejamento dos segmentos territoriais a assistir.

Essas colocações são tidas como um princípio operacional do PSF, ou seja, de limitação de clientela e com a qual se estabelece um vínculo das equipes e das unidades básicas de saúde da família, possibilitando o resgate da relação de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e usuários dos serviços. Isso se constitui um grande diferenciador do modelo tradicional de prestação de serviços de saúde.

Na atual conjuntura, convivemos com contínuos desafios para garantir ações e serviços de saúde de qualidade à população e, nesse cenário de desafios, desponta como um dos principais a formação e capacitação dos recursos humanos para a atuação na Atenção Básica, e que aqui em nosso estudo foca a formação e capacitação da equipe multiprofissional de Saúde da Família.

Os trabalhadores/profissionais previstos para comporem as equipes de Saúde da Família (ESF) são agentes comunitários de saúde, em torno de 06 trabalhadores

¹⁰ As fichas de cadastro das famílias fazem parte do Sistema de Informação da Atenção Básica e (SIAB) foi criado em 1998 pelo Departamento de Informação e Informática do SUS), em conjunto com a Coordenação de Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde (COSAC/SAS), para auxiliar o acompanhamento e avaliação das atividades realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), agregando e processando os dados advindos das visitas domiciliares, bem como, do atendimento médico e de enfermagem realizado na unidade de saúde e nos domicílios. http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caadab/documentos/manual_siab2000.pdf

por equipe, um médico de família, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem. Quando ampliada, cada equipe conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. A inserção da odontologia se deu oficialmente como equipe de Saúde Bucal (ESB) a partir da Portaria Ministerial n. 1444/2000, com o objetivo de melhorar o acesso da população aos serviços, é o primeiro passo na ampliação da organização das equipes. A equipe de saúde bucal é formada por um odontólogo, um atendente de consultório dentário/ACD na Modalidade I, acrescido de um técnico de higiene bucal/THD na Modalidade II incluídos na estratégia da saúde da família. (BRASIL, 2005)

Assim, atualmente as unidades de saúde da família possuem uma equipe de Saúde da Família e uma Equipe de Saúde Bucal, que devem atuar de forma integrada desenvolvendo ações junto a uma população residente em sua área adstrita¹¹. O atendimento é prestado na unidade de saúde ou nos domicílios.

Esses trabalhadores em equipes responsabilizam-se pelo acompanhamento e atendimento de um número definido de famílias que compreende entre 600 a 1.000 famílias ou, no máximo 4.500 habitantes. Cada Agente Comunitário de Saúde deve atender entre 20 a 250 famílias. (BRASIL, 2005)

As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde dessa comunidade¹². A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para essas equipes a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de coresponsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade. (BRASIL, 2005)

O trabalho em equipe multiprofissional no contexto de programas de Atenção Básica ampliada como o PSF tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença e sua ação intersetorial e interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se

¹¹ População residente em área adstrita, descrita no Glossário da pesquisa.

¹² Para saber mais sobre as premissas básicas do PSF - ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes na manutenção da saúde da comunidade, consultar: Avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados/Ministério da Saúde. Disponível na Internet no site <http://ww.saude.gov.br/psf/programas>. Consultada em dezembro de 2006.

reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. Nesse sentido, a abordagem integral dos indivíduos e de suas famílias seria facilitada pela soma de olhares e ações integradas dos diversos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares. (BRASIL, 2005)

Dessa maneira, poder-se-ia obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem sobre o processo saúde-doença. Entretanto, Merhy & Franco (2000) ressaltam que a estruturação do trabalho em equipes multiprofissionais no PSF, por si só, não garante uma ruptura com a dinâmica da assistência centrada em procedimentos médicos. Para tanto, há necessidade de dispositivos que alterem a dinâmica do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional. Há que se identificar, nessas equipes, os elementos que configurariam uma nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produziria o cuidado em saúde, superando a concepção de saúde, ou seja, de modelos de assistência e da importância atribuída e/ou retida aos médicos.

CAPÍTULO II

O TRABALHO E A FORMAÇÃO EM SAÚDE

O capítulo aborda as concepções sobre processo de trabalho em saúde, o trabalho coletivo, em especial com ênfase às teorizações sobre a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade do trabalho em equipe, e a formação em saúde no contexto do PSF.

2.1 O Trabalho

Para Marx, o ser humano não é algo dado, acabado. Ele é processo, ou seja, torna-se homem. E, isto, a partir de duas condições básicas: primeiro, ele produz-se a si mesmo e, ao fazê-lo, se determina como um ser em transformação, como o ser da práxis, e segundo, essa realização só pode ter lugar na história, ou seja, em relação com os outros homens e com as condições naturais encontradas em sua época. (GODOTTI, 1994)

Através do trabalho o ser humano, enquanto ser social, responde à necessidade ontológica fundamental de existência como ente objetivo, real, corpóreo. (LUKACS, 1981) O trabalho tem “estatuto de anterioridade em relação às outras categorias constitutivas da vida humana; ele é, portanto, do ponto de vista da ontologia do ser social, o momento fundamental, o momento predominante na processualidade do real”. (MARX, ENGELS, 1993 p. 27)

Nesse sentido, o trabalho é uma atividade humana que tem em sua essência o objetivo de alterar o estado natural dos materiais existentes no meio ambiente para ser melhor utilizado, ou seja, no sentido de adequá-los ou utilizá-los adequadamente para a satisfação das necessidades de produção e reprodução social (IANNI 1994; BRAVERMAN, 1987).

O trabalho caracteriza-se por um processo de mediação entre o ser humano e a natureza, visto que o ser humano faz parte da natureza, mas consegue diferenciar-se dela por sua ação livre e pela intencionalidade e finalidade que imprime aos seus atos, em particular, ao trabalho. É um processo em que o ser

humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza.

Ao realizar o trabalho e, atuar sobre essa natureza, transformando-a para satisfazer suas necessidades ao mesmo tempo, transforma-se a si mesmo, pois ele é produto de seu trabalho. Ele produz algo que já estava, antecipadamente, idealizado em sua imaginação, e este fato o diferencia de outros animais, é a dimensão/concepção ontológica do trabalho (LUKACS, 1978, 1981; BRAVERMAN, 1987; MARX, 1994; IANNI, 1994). O trabalho é, portanto, uma transformação não só de objetos, mas do próprio trabalhador, e nesse sentido, um movimento dialético de exploração/alienação e de criação /emancipação. (ANTUNES, 2001)

Conforme a necessidade que procura satisfazer, o trabalho produz algo que carrega um valor de uso, ou seja, é um produto útil à satisfação de determinada necessidade da vida. Ademais, produzido no conjunto das relações sociais vigentes em determinada época, este produto, quando excedente às necessidades de determinado conjunto de produtores, pode ser trocado por outro ou outros produtos dos quais estes produtores são carentes. No desenvolvimento das formas históricas de reprodução, com a hegemonia da produção para o mercado, sob o capitalismo, o trabalho, acrescido à condição de produção de valores de uso, tem como foco a produção de mercadorias.

Nesse sentido, dizemos que o trabalho é produtor de valores de uso e valores de troca. O valor de uso é produzido no trabalho concreto, o qual dá sentido qualitativo ao produto. O valor de troca corresponde ao valor que o produto adquire como mercadoria colocada em mercado, quando faz aflorar a dimensão do trabalho abstrato, no qual o produto do trabalho perde sentido e utilidade, assumindo um significado meramente quantitativo de coisas produzidas. (PEDUZZI E SCHRAIBER, 2006)

Como nos coloca Manacorda citado por Frigotto (2006, p.259), diferentes dimensões circunscrevem o trabalho humano na esfera da necessidade e da liberdade. A primeira diz respeito às necessidades básicas de sua reprodução biológica e preservação da vida num determinado tempo histórico, com dispêndio de tempo e energia mediados por seu poder inventivo das técnicas e da tecnologia. A segunda é definida na sua dimensão da possibilidade de dilatar as capacidades e qualidades humanas com o fim em si mesmas.

Frigotto (2006) enfatiza as palavras de Kosik (1986, p.188) sobre a centralidade do trabalho. Ele relata que o trabalho humano “não se separa da esfera da necessidade, mas ao mesmo tempo supera e cria nela os reais pressupostos da liberdade (...) A relação entre necessidade e liberdade é uma relação historicamente condicionada e variável” (p. 259-260). Desse modo, a centralidade do trabalho é percebida como práxis que possibilita criar e recriar, não apenas os meios de vida imediatos e imperativos, mas o mundo como resposta às suas múltiplas e históricas necessidades. (FRIGOTTO, 2006)

E, Franco e Merhy (2006), complementam: as sociedades e as formas de organização do trabalho têm, portanto, história e variam com o tempo, e modificam-se conforme a sociedade.

Considerando que o trabalhador, na práxis social sempre acrescenta algo de si ao trabalho realizado coletivamente, tais ações e intencionalidades do trabalhador tornam-se importantes no modo de trabalhar em equipe.

Nessa pesquisa a compreensão das manifestações de subjetividade no agir em equipe multiprofissional em Saúde da Família adota como referência aspectos conceituais da perspectiva histórico-cultural da psicologia, a partir de reflexões propostas por Vigotsky sobre a temática da constituição dos sujeitos. Estas reflexões afirmam a síntese entre aspectos fisiológicos e psicológicos, e conferem ao ser humano uma existência ao mesmo tempo biológica, psicológica, antropológica, histórica, essencialmente cultural.

Nesse sentido, a subjetividade consiste nos modos como o sujeito se situa no mundo, frente aos outros, frente a si mesmo; essa compreensão de subjetividade está inserida em uma visão de mundo e concepção de sujeito específica, inscrevendo-se junto a uma visão que considera a sociedade como uma construção objetiva e subjetiva determinada por uma materialidade e por uma multiplicidade de fatores e sujeitos, e não somente como uma unidade. Vigotsky citado por Zanella (2004, p.127) refere que a pessoa é um agregado de relações sociais encarnadas num indivíduo, donde se depreende que “só há sujeito porque constituído em contextos sociais, os quais, por sua vez, resultam da ação concreta de seres humanos que coletivamente organizam o seu próprio viver”.

É, portanto através da atividade humana que o ser humano transforma o contexto social no qual se insere e nesse processo constitui a si mesmo como

sujeito, ou seja, constitui o seu psiquismo, a sua vida mental, produz subjetividades. A história do desenvolvimento da sociedade e de cada sujeito, portanto, está diretamente relacionada às transformações da atividade humana e dos motivos que a impulsionam.

A noção de que tanto a natureza como o social não são dados, mas resultantes do processo histórico da realidade que os origina e transforma, pois há um movimento permanente produzindo-os e modificando-os, é a natureza e a própria coletividade humana um processo. História da natureza e história dos homens são inseparáveis. Como referem Marx & Engels (1993, p. 23-24), enquanto existirem homens, a história da natureza e história dos homens se condicionarão reciprocamente. (ZANELLA 2004)

Destaca-se aqui a dimensão materialista-histórica cultural do sujeito: existe um mundo material que antecede à existência do próprio ser humano; este mundo, porém, uma vez conhecido e transformado pela ação humana, deixa de ser natureza em si para se transformar em natureza significada, para si, e, portanto, que se pode conhecer. Nesse sentido, o descobrimento da realidade e a lucidez sobre essa realidade, impõem um novo agir ao sujeito.

A vida mental de um indivíduo, não é dada; é parte da história, assim como a natureza tem surgido em um processo de desenvolvimento, num processo social em sua origem e marcado tanto por conquistas históricas do ser humano quanto pelas marcas singulares que socialmente produzimos.

Consciente e inconsciente, referem-se a características da própria atividade humana, seja esta objetivada sob a forma de palavra, gesto, expressão ou outro signo qualquer. Consciente e inconsciente afirmam que nossas características singulares são resultados produzidos da complexa trama entre objetivação e subjetivação, e marcado por aquilo que se sabe e vive. (ZANELLA 2004)

No contexto desta investigação procuramos compreender as manifestações de subjetividade como produção processual no trabalho coletivo, e, portanto, um processo presente no agir em equipe, como é o caso da equipe multiprofissional do PSF. Essa consideração teórico-prática é fundamental para que possamos trabalhar em uma perspectiva que considera o grupo como um espaço possível para o encontro e criação de modos de existência diferentes. Entendemos que essa delimitação é necessária para podermos operar com o entendimento de

subjetividade e de equipe (ou grupo) sem cair na lógica da subjetivação individual, já que a produção das múltiplas subjetividades se dá não em contextos de atuação individual, mas é resultante de interações produzidas no trabalho / agir coletivo.

Nosso desafio é o de buscar dar visibilidade, junto aos profissionais / trabalhadores dessas equipes multiprofissionais, seja em grande grupo ou em pequeno grupo, como estão reconhecidos em nossa pesquisa, “outras perspectivas que apontam para uma visão de mundo que não encara o ser humano como um solitário, pelo contrário, o tem como um modo de relação, como um sujeito que emerge do encontro de modos de existência”. (SCHOSSLER, CARLOS 2006, p.159)

Não podemos pensar que o ser humano ao nascer se desenvolva com o tempo, pois este não tem, por si só, instrumentos para percorrer sozinho o caminho do seu desenvolvimento, que dependerá das experiências a que for exposto. Entre os seres vivos, o ser humano parece ser aquele que nasce em maior condição de desamparo e dependência e se não houver alguém que entenda seus gestos, se esse alguém não traduzir, mediar, suas inquietações e apelos, e não lhe der um estatuto de mensagem, a serem traduzidas e atendidas, certamente esse ser poderá sucumbir por causa de suas necessidades não supridas e atendidas.

A subjetividade será constituída a partir do encontro de um ser humano com outros, das traduções que serão dadas às mensagens enviadas nesse encontro, das marcas que esses encontros propiciam e ainda, das marcas deixadas no encontro com o mundo, ou seja, como o mundo recebe cada um que nele chega para habitar, coexistir e transformar as condições sociais e históricas que encontra. Perceber-se dessa forma como desde muito cedo, o ser humano é ativo, e é desejoso de ser significado em sua existência no mundo.

Esse ser humano, enquanto sujeito, é definido pela relação que mantém com sua própria intimidade, com os demais e com o meio em que está inserido, o meio cultural marcado por valores, costumes, ritos, normas, leis. Segundo Molon (2003), o sujeito é constituído e constituinte nas e pelas relações sociais; é o sujeito que se relaciona na e pela linguagem no campo da intersubjetividade. Vygotski citado por MOLON (2003, p.115) assim definiu sujeito: “Eu sou uma relação social de mim comigo mesmo”, sendo o outro a mediação dessa relação.

“Pensar o homem como um agregado de relações sociais implica considerar o sujeito em uma perspectiva da polissemia, pensar na dinâmica, na tensão, na

dialética, na estabilidade instável, na semelhança diferente” (MOLON 2003, p. 115). É por meio da diferença que existe a conversão das relações sociais no sujeito, e o lugar de onde o sujeito fala, olha, faz, é sempre partilhado e mediado pelo outro. Essa diferença acontece na linguagem, em um processo semiótico em que a linguagem possui vários sentidos; assim, ele (sujeito) existe no reconhecimento do outro para se constituir como sujeito em processo de relação dialética. A subjetividade é interface desse processo: se realizando na relação com o eu – outro e sendo constituído e constituinte do processo sócio histórico, o sujeito é uma unidade múltipla. (MOLON, 2003)

Em nosso estudo, a subjetividade é compreendida como os modos de ser, agir, sentir e perceber o mundo, do trabalho e da vida, e de atuar sobre ele. É a percepção, o sentido e o valor do trabalho, um trabalho realizado em cooperação e colaboração, compartilhado, particular, coletivo, complementar, multiprofissional e interdisciplinar em saúde.

As manifestações de subjetividade, compreendidas como “o modo de ser moral do trabalhador, são produzidas pelo poder nas relações de trabalho” (LUNARDI-FILHO et. al., 2001, p.94). Apresentam-se nos momentos da vida e do agir desses trabalhadores, sejam na sua experiência cotidiana, nas interpretações que fazem dos atos do trabalho, ao tomar decisões ou ao fazer julgamentos, dentre outros.

Para Lunardi-Filho, et. al., (2001), as manifestações de subjetividade, a vida interior, as opções mais íntimas dos indivíduos são marcadas por uma sociabilidade; portanto, desenvolve-se em função da interação deste indivíduo com o grupo, no seio das relações de produção. Nesse espaço, torna-se possível implementar os mecanismos de sociabilidade que são fundamentais para a produção da subjetividade. Assim, a “fabricação” de um operário não se dá apenas mediante sua formação nos cursos profissionais ou no próprio trabalho, mas decorre de tudo o que se passou anteriormente, na creche, na família e na escola. (LUNARDI-FILHO, et. al. 2001)

A atividade profissional enquanto trabalho em ato, não é apenas um modo de ganhar a vida, é uma forma de inserção social, em que aspectos psíquicos e físicos estão fortemente implicados (DEJOURS, et. al.,1993). Mesmo que parcelado e especializado, o trabalho é imprescindível para as pessoas, pois refere-se à sua

própria sobrevivência e condicionamento social, nem sempre sendo patogênico, mas, ao contrário, detendo um poder estruturante, em face tanto da saúde mental como da saúde física. (DEJOURS, 1994)

Com base em Dejours e Abdoucheli (1994), o trabalho aparece, então, como um operador fundamental na própria construção do sujeito, revelando-se, também, como um mediador privilegiado entre inconsciente e campo social e entre ordem singular e ordem coletiva. Não é apenas um teatro aberto ao investimento subjetivo, mas, também, um espaço de construção do sentido e significado e, desse modo, de conquista de identidade, da continuidade e historicização do sujeito. (DEJOURS, ABDOUCHELI, 1994)

Desse modo, o processo de trabalho passa a ser o canal através do qual os trabalhadores expressam e buscam concretizar seus desejos, necessidades, vontades e possibilidades, mediante o sentido e significado do trabalho construídos em sua vida (DEJOURS, 1994; 2004; CAMPOS, 1997; MERHY, 1999; e LUNARDI-FILHO, et. al. 2001).

Para Lunardi-Filho, et. al., (2001), é por meio da produção de bens e valores que se constroem a sociedade, e o sujeito trabalhador se re-conhece, se realiza e se apresenta à sua sociedade, produzindo, portanto, não só objetos, mas uma condição que é efetivamente sua. O significado do trabalho nesse contexto perpassa a estrutura sócio-econômica, a cultura, as necessidades, os valores, bem como a própria subjetividade daquele que trabalha, portanto, entende-se que o sujeito não existe fora do contexto de sua cultura e de sua história.

2.2 Processo de Trabalho em Saúde

Tomando como referência os estudos de Mendes-Gonçalves (1979, 1992, 1994), Nogueira (1997, 2000), Pires (1998), Peduzzi, (1998), Campos, (1992, 1998) e Merhy (2002a, 2005), sobre processo de trabalho em saúde podemos afirmar que o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana, compartilha características comuns a outros processos de trabalho que se dão em outros setores da economia e é parte do setor de serviços. Nesse sentido, o trabalho em saúde,

ainda que não seja um produto material é um bem ou serviço que possui valor de uso, posto que valor útil à satisfação das necessidades da vida¹³.

Como parte do setor de serviços, este se funda numa inter-relação pessoal intensa, no qual o laço interpessoal é decisivo para a própria eficácia do ato, “possuindo dimensões intercomplementares e interatuantes” (NOGUEIRA, 1997). Para Merhy (2005) é um trabalho especial, da esfera não-material, centrado no trabalho vivo em ato permanente que se completa na sua realização; Trabalho vivo cujo produto é indissociável do processo que o produz, ocorrendo na própria realização da ação.

Os estudos sobre o processo de trabalho em saúde tiveram importante destaque com as elaborações de Mendes-Gonçalves (1979) a partir do processo de trabalho do médico, em particular¹⁴.

Este autor analisou o objeto de trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes deste trabalho, apontando para a necessidade de que estes elementos precisavam ser estudados de forma articulada, uma vez que em sua relação recíproca configura um dado processo de trabalho específico. Com seus estudos (1979), ele demonstra que esse objeto de trabalho vai se transformando pela ação do trabalhador, e se configuram como as necessidades humanas de saúde.

Mendes-Gonçalves (1979) aponta como instrumentos do processo de trabalho em saúde, os instrumentos materiais (equipamentos, material de consumo, medicamentos, dentre outros) e os não-materiais (os saberes dos agentes do trabalho). Estes últimos, os instrumentos não-materiais, foram denominados de

¹³ Para aprofundamento sobre o tema ver Merhy (2002a, 2005).

¹⁴ De acordo com Peduzzi e Schraiber (2006) os estudos do trabalho em saúde no Brasil e América Latina iniciaram com as pesquisas sobre a profissão médica, o mercado de trabalho em saúde e a medicina como prática técnica e social no final dos anos 60 realizado por Maria Cecília Ferro Donnangelo (1975, 1976), que utilizando referenciais sociológicos construiu análises sobre as “relações entre saúde e sociedade e entre a profissão médica e práticas sociais no país” (p.199 - 2000). Os estudos de Donnangelo referidos tiveram diversos desdobramentos na área médica e demais áreas profissionais da saúde no Brasil e na América Latina, constituindo-se importante referencial para o campo da saúde nas temáticas das políticas e estruturação da assistência do SUS como também, os estudos sobre o mercado de trabalho, as profissões e práticas de saúde. É importante acrescentar que a categoria profissional do médico é, historicamente, a que assume preponderância no processo de trabalho em saúde, pois a prática dos médicos, como profissionais habilitados é participe da técnica científica moderna na área da saúde e o núcleo original do qual outros trabalhos derivam. Para aprofundamento sobre o tema ver estudos de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1979); de Lília Blima Schraiber (1993); e os da própria Maria Cecília Donnangelo, em seu livro *Medicina e Sociedade* (1975) e em publicação do Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde (2004): A obra de Maria Cecília Donnangelo, disponível no site bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/cecilia_donnangelo.pdf e dentre outros.

saber operante, aquele saber que se articula com determinados arranjos realizados pelos agentes do trabalho e os instrumentos materiais, os que permitem a apreensão do objeto de trabalho. (MENDES-GONÇALVES citado por PEDUZZI, SCHRAIBER, 2006)

Baseando-se em Peduzzi e Schraiber (2006), objetos e instrumentos só podem ser configurados tendo em vista sua posição relacional intermediada pela presença do agente do trabalho que lhes imprime uma finalidade específica. Nesse sentido, a dinâmica entre objeto, instrumento e atividade dá-se mediada pela presença e ação do agente, o que configura o processo de trabalho. Nesse processo “o agente pode, ele próprio, ser interpretado como instrumento do trabalho e, imediatamente, sujeito da ação, na medida que traz para dentro do processo de trabalho, além do projeto prévio e sua finalidade, outros projetos de caráter coletivo e pessoal dentro de um certo campo de possíveis” (PEDUZZI, 1998)¹⁵. Franco, e Merhy (2006) nos lembram que todo processo de trabalho combina trabalho em ato e consumo de produtos feitos em trabalhos anteriores.

Para Pires (1998 p. 161), a finalidade do trabalho em saúde “é sua ação terapêutica, e o objeto, as necessidades de saúde sentidas e trazidas aos serviços pelos indivíduos/usuários doentes, sadios ou expostos a risco e apreendidas e interpretadas tecnicamente pelos agentes do trabalho em saúde. Para Merhy (2005), a finalidade é o cuidado; é cuidar do portador efetivo das necessidades de saúde.

Desde as elaborações iniciais referidas (MENDES-GONÇALVES, 1979), ainda que relativas ao estudo do processo de trabalho do médico, o estudo do processo de trabalho em saúde vem representando importante base teórico-conceitual para o estudo dos processos de trabalho das outras áreas profissionais que compõem o trabalho em saúde, e atualmente é utilizado no estudo dos processos de trabalho específicos dessas profissões, permitindo “abordar aspectos relacionados aos agentes e sujeitos sociais da ação, pois é nessa dinâmica que se configuram o processo de trabalho”. (PEDUZZI E SCHRAIBER, 2006, p.205)

Peduzzi (1998) refere que as especificidades do trabalho em saúde residem nas características nucleares de seus objetos e instrumentos que garantirão a suas

¹⁵ “Possíveis” no sentido que as atividades de trabalho são exercidas sob uma realidade histórica que possui materialidade, isto é, nela comparecem, em condição dialética, as finalidades (que produzem ações/causalidades), as relações sociais vigentes, e o meio não totalmente controlável, isto é, sujeito a causalidades. (MARX, 1994 e LUKACS 1981, 1978)

partes, mesmo como trabalho social, maior autonomia de seus agentes e reflexividade frente ao saber na ação. Nesse sentido, os objetos dos vários processos de trabalho que constituem o trabalho em saúde é a produção do cuidado, estão referidos ao ser humano e terão que ser apreendidos na objetividade e subjetividade que lhe são inerentes. (MENDES-GONÇALVES, 1979; CAMPOS, 1997,1998; MERHY, 1999, 2005)

Assim, a aplicação dos variados instrumentos (saber operante ou materiais) efetivados pelo encontro entre os agentes do trabalho (os profissionais de saúde) e entre usuário e agente, remete a intervenções técnicas, permeadas por relações interpessoais. Como nos informa Merhy (1999, 2005), é o “trabalho vivo em ato”, ou seja, o trabalho humano no exato momento em que é executado, interagindo com instrumentos, normas, máquinas e a pessoa assistida cuidada, formando um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias, materiais e relacionais, configurando um certo sentido no modo de produzir o cuidado em saúde. Se processa numa relação entre sujeito e sujeito, como capacidade de inter-relacionamento entre si, envolvendo o diálogo, o encontro e a responsabilidade entre dois sujeitos. É, portanto, no âmbito da intersubjetividade no trabalho em saúde que se dá o reconhecimento das necessidades de saúde entre usuário e agente do trabalho, assim como as possíveis intervenções a serem construídas e implementadas¹⁶. (PEDUZZI, 1998)

Para Merhy (1999, 2005) o processo de trabalho em saúde é dependente da construção de um vínculo entre os envolvidos (usuário e agente) para a eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também num processo pedagógico de ensino-aprendizagem, pois o trabalho em saúde não se realiza sobre coisas ou sobre objetos, como acontece na indústria; dá-se sobre pessoas, e, mais ainda, com base numa intercessão partilhada entre o usuário e o agente do trabalho. Sendo que o primeiro contribui para o processo de trabalho, ou seja, é parte desse processo.

¹⁶ O tema da intersubjetividade e a produção do cuidado na Saúde Coletiva são trazidos por José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres no ensaio: Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde, publicado na Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2001 disponível em www.scielo.br/scielo. Para aprofundamento sobre o tema intersubjetividade os estudos de Emerson Elias Merhy (2005), e Gastão Wagner de Souza Campos (1997, 1998) trazem boas referências.

Pode-se concluir que, o trabalho em saúde é um serviço, é reflexivo¹⁷ e se funda numa inter-relação pessoal intensa entre profissionais e usuários desses serviços. Caracteriza-se por ser complexo e heterogêneo, pois incorpora uma extensa pluralidade de profissional e fragmentação conceitual do pensar e fazer, da técnica, sendo dependente do recrutamento desses saberes distintos (o saber técnico e científico), além dos conhecimentos tácitos oriundos de experiências de trabalho, sociais, de valores ético-políticos e da produção de subjetividades, derivada das relações de vida e trabalho dos sujeitos envolvidos.

A assistência em saúde é, entre outras coisas, um processo de intensa relação entre quem presta e quem consome o serviço. Mais tipicamente que em outros setores da economia de serviço, vamos encontrar aí o fato peculiar de que “o usuário é um fornecedor de valores de uso substantivos de tal modo que ele é um co-partícipe do processo de trabalho” (NOGUEIRA, 1997, p. 182).

Tendo por base as colocações de Merhy e Nogueira citados acima, a assistência em saúde é um serviço que se realiza com base numa intersecção partilhada entre o usuário e o profissional e aquele deve ser visto também como sujeito, e não como objeto desse processo, é co-partícipe do processo de trabalho e também co-responsável pelo êxito ou insucesso da ação terapêutica/cuidado. No entanto, a realidade e o cotidiano do trabalho em saúde nos seus diversos níveis de complexidade mostra que nem sempre ao usuário lhe é atribuído a condição de sujeito e co-partícipe do processo.

Mas para estes autores, sendo o usuário sujeito e co-partícipe do processo terapêutico, o processo de trabalho mostra sua dimensão (co)operativa e (co)laborativa que integraliza a ação e complementa o processo de produção utilizando uma direcionalidade técnica que diz respeito aos conhecimentos científicos dos profissionais e ao uso de tecnologias.

Para Peduzzi (1998), como parte do setor de serviços, o trabalho em saúde é majoritariamente um trabalho coletivo institucional que se desenvolve com características do trabalho profissional; enfatiza a noção do trabalho em saúde como

¹⁷ Claus Offe define o setor de serviços como “trabalho reflexivo”, que resulta em proteção e resguardo e certificação organizada das formas de reprodução social. Para ele, o setor de serviços abrange a totalidade daquelas funções voltadas a produção das condições e os pressupostos institucionais e culturais específicos para as atividades de reprodução material da sociedade. (1991, p.15-17)

exercício autônomo de profissão e, também, da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e da organização e gestão do trabalho, com intensa especialização¹⁸ e individualização das tarefas.

Peduzzi (1998) fala da produção do cuidado. Segundo ela, o ato assistencial propriamente dito, envolve um trabalho profissional realizado por trabalhadores que dominam conhecimentos, saberes e técnicas específicas para assistir ao indivíduo ou família com problemas de saúde ou risco de adoecer, destinado à promoção, prevenção, manutenção ou restauração da saúde. Para Dussault citado por Schraiber (1993), a denominação profissional traduz uma importante dimensão, pois os serviços de saúde são organizações que dependem, para funcionar bem, de seus operadores, ou seja, a sua produção exige qualificação de alto nível e algum grau de autonomia profissional.

Peduzzi (2003) refere que o trabalho em saúde é:

“um processo de transformação no qual o agente, através de suas ações, faz a finalidade social do próprio trabalho realizar-se. As ações são realizadas com base em um ‘saber operante’¹⁹, e em um dado modelo tecnológico, traduzindo projetos coletivos e individuais, pois o sujeito do trabalho, para além de portador de projetos e valores coletivos e/ou institucionais, tem projetos próprios que lhe permitem construir estratégia de adesão ou recusa aos primeiros. É um trabalho parcelado em diversas atividades e fragmentariedade dos atos, mas com integração entre seus aspectos intelectual e manual, no qual o médico ainda é o elemento central, pois detém o controle do processo assistencial”. (2003, p. 82)

Nesse sentido, as práticas cotidianas desse trabalho requerem articulação das atividades e intervenções entre os agentes do trabalho em equipe, destacando o caráter multiprofissional da prática em saúde. Exige-se também um redimensionamento da autonomia profissional, uma vez que esta encontra-se fortemente tensionada pela necessidade de recomposição dos inúmeros trabalhos parcelares e de comunicação entre os agentes especializados; a articulação de

¹⁸ A intensa especialização referida acima se reporta à intensa especialização, sobretudo na categoria do profissional médico. Essa especialização chegou a tal ponto que atualmente é bem fácil encontrar o super especialista, ou seja, aqueles profissionais que só operam o dedo polegar da mão ou aqueles que interpretam apenas a onda ‘P’ do eletro-cardiograma. É o saber especialista, porque se sabe cada vez mais sobre cada vez menos.

¹⁹ Saber operante – categoria do trabalho em saúde introduzida por Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1994) ao estudar o trabalho do médico. Essa categoria permite apreender o agente do trabalho como mediador, que estabelece relações entre os conhecimentos científicos, os saberes e as dimensões ético-políticas de ambos, e na prática “cotidiana” do trabalho utiliza o saber operante mediando a conexão entre objeto, os instrumentos e a atividade. Significa conhecer internamente como se realiza cada ação do trabalho e conhecer o projeto do conjunto de ações realizadas, lembrando que os saberes são campos de inscrição de ciências e de outros conhecimentos, e que têm uma dimensão tecnológica e operante.

conhecimentos oriundos de várias disciplinas ou ciências, destaca o caráter interdisciplinar da prática e exige maior qualificação profissional, tanto na dimensão técnica especializada, quanto na dimensão ético-política, comunicacional e inter-relacional. (PEDUZZI, 1998; 2003; MERHY, 2005)

Trabalhar a partir desses elementos significa refletir sobre como se opera o fazer em saúde, como ele se organiza e como está dividido, e qual o objetivo final que se quer atingir. Souza et al. (1993) lembra que qualquer processo de trabalho em saúde possui uma dimensão cooperativa que integraliza a ação e complementa o processo de produção de serviço, orientado a este fim, e uma direcionalidade técnica que diz respeito aos conhecimentos científicos e ao uso de tecnologias que influenciam a produção específica do serviço de saúde.

Portanto, tomando os referenciais discutidos anteriormente, compreendemos que o modelo de atenção centrado na concepção médico-curativa que tem por finalidade a produção da cura orientada pela fragmentação dos procedimentos, a tecnificação da assistência e a mecanização dos atos apresenta-se como modelo a ser transformado. Para tanto, deve-se buscar a construção de um modelo assistencial produtor de saúde, tomando por base a produção do cuidado, com ênfase no trabalho em equipe, na humanização da assistência e na ética da responsabilidade. (SILVA & TRAD, 2005; FORTUNA, et. al., 2005)

Autores como Nogueira (2002), Pires (1998), Peduzzi (1998, 2003) e Merhy (2005) assinalam que, apesar da gerência marcadamente taylorista-fordista²⁰ com similaridade ao trabalho industrial, favorecendo constantes embates entre as variadas autonomias profissionais e os constrangimentos organizacionais, observa-se que desde a década de 1980, novas questões se estabelecem nos processos de trabalho em saúde como influências do planejamento estratégico, questões relacionadas às formas de trabalho flexível e/ou informal (gerenciamento flexível participativo nos serviços de saúde) e a regulação realizada pelo Estado com foco nos mecanismos de gestão do trabalho, em contraponto com as questões da

²⁰ Quando nos referimos à gerência marcadamente taylorista-fordista, estamos nos referimos à organização e disciplinamento do processo de trabalho, com relações de caráter autoritário, verticalizado e hierarquizado, com fragmentação de tarefas, poder centralizado em chefes, controle direto sobre a realização de procedimentos técnicos (produtividade médica, etc) e sobre o comportamento formal de funcionários (cumprimento de horário, relatórios, etc), elaboração centralizada de programas e de normas reguladoras do atendimento, e quase ausência de comunicação tanto entre serviços em relação horizontal de poder, quanto entre os distintos níveis hierárquicos.

integralidade do cuidado que se desloca para o plano da interação entre os profissionais e profissional-usuário.

Estas novas formas organizacionais / gerenciais, “junto à promoção da garantia de qualidade dos serviços, acrescidas da necessidade e cobrança de maior produtividade, da crescente incorporação de tecnologia, da constante inovação tecnológica, e da complexidade do objeto de trabalho que requer simultaneamente o aprofundamento vertical do conhecimento especializado e a sua integração, vêm acarretando mudanças no processo de trabalho em saúde”. (PEDUZZI, 2003 p.84)

Nesse sentido, e com base nos autores acima, o setor saúde está desafiado a responder a uma pluralidade de necessidades, ou seja, deve atender às demandas por intervenções tecnológicas de alta complexidade e especialidade que se utilizam nos hospitais de atendimento terciário²¹ e também instado a atuar nos espaços onde as pessoas vivem o seu cotidiano, de modo a proporcionar uma vida saudável (ROCHA E ALMEIDA, 2000). Tem-se percebido que somente a intervenção e recuperação do corpo biológico não têm respondido de forma plena às necessidades de saúde da população, além disso, essas necessidades demandam por uma atenção que leve em conta a integralidade do ser humano, a qualidade de vida e a promoção da saúde.

É nesse cenário que surge o PSF, como alternativa de reestruturação das ações de Atenção Básica em Saúde. Esse programa vem ao longo dos anos se estruturando como trabalho na Atenção Básica, tendo como elementos técnico-operacionais centrais do trabalho a adscrição de clientela, o acolhimento do usuário, a visita domiciliar, a integralidade das práticas de saúde e a equipe multiprofissional. (BRASIL, 2001)

É importante os esclarecimentos que nos trazem Feuerwerker e Sena (1999) sobre as diferenças entre trabalho em equipe multiprofissional de trabalho em equipe. Esses autores afirmam que no trabalho em equipe multiprofissional existe uma interação entre os vários conhecimentos técnicos específicos com a produção

²¹ O atendimento terciário é o atendimento de saúde realizado em hospitais de grande porte por exigir um maior nível de complexidade e especialização dessa assistência; contempla procedimentos tais como alguns procedimentos cirúrgicos, determinadas propeidêuticas complexas, transplantes, tratamento do câncer, dentre outros. Ver definição de níveis de complexidade no SUS, Glossário da pesquisa.

de uma solução/proposta de intervenção que não seria produzida por nenhum dos profissionais isoladamente; é a interdisciplinaridade

Quanto ao trabalho em equipe, este implica compartilhar o planejamento, a divisão de tarefas, a cooperação e a colaboração, podendo acontecer entre profissionais de uma mesma disciplina, entre profissionais de uma mesma carreira e também dentro de uma equipe multiprofissional. No entanto, não implica necessariamente a construção de um novo saber ou de uma nova prática.

Nesse sentido, o que cria a possibilidade do novo é a interação entre diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades. Podemos concluir, portanto, que trabalhar em equipe multiprofissional exige diálogo, troca, escuta, o que pressupõe o estabelecimento de uma relação dialógica, numa relação recíproca de comunicação e interação. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. (PEDUZZI, 1998; FEUERWERKER & SENA, 1999)

Como nos alertam Franco e Merhy (2000, 2006), a estruturação do trabalho em equipes multiprofissionais no PSF, por si só não garante uma ruptura com a dinâmica da assistência médico-centrada. Para tanto, há necessidade de dispositivos que alterem a dinâmica do trabalho em saúde e os fazeres do cotidiano de cada profissional. Nesse sentido, há que se identificar, na atuação em equipe multiprofissional, elementos que configurariam uma nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produz o cuidado em saúde.

De acordo com Ciampon & Peduzzi (2000), para se estudar o trabalho em equipe é importante conhecer como cada profissional conjuga seu trabalho no âmbito individual e coletivo e identificar evidências de articulação das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais. Em uma equipe multiprofissional, a articulação técnica das ações refere-se à recomposição de processos de trabalhos distintos e, portanto, à consideração de conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional.

Desde a década de 1970 percebe-se que no âmbito do trabalho nos serviços de saúde no Brasil, diante das políticas de cunho racionalizador adotadas para o setor, houve um grande incentivo na formação de equipes multiprofissionais como forma de alcançarem os objetivos propostos para o trabalho na saúde.

Com o movimento da Reforma Sanitária e as propostas de mudança do modelo assistencial processadas e efetivadas nos fins dos anos 1980, o trabalho em equipe ganha relevância como forma de buscar a integralidade das ações e a maior qualidade dos serviços. Ressalta-se também que esse incentivo, além de atender ao cunho racionalista das políticas de saúde desse período, tinha a visão das equipes como forma de enfrentamento da ampla especialização no campo da saúde e que gerava ações integradas (BRASIL, 2001).

Os estudos de autores como Campos (1992, 1998), Pires (1998), Peduzzi e Schraiber (1999), Silva e Trad (2005), Fortuna et. al., (2005) dentre tantos outros que analisam o trabalho das equipes multiprofissionais em saúde, percebem, no entanto, que essas equipes reproduzem as questões anteriormente mencionadas, e desta forma não se efetivam como estratégia de recomposição da fragmentação das ações em saúde. Peduzzi e Schraiber (1999) afirmam: “A proposição do trabalho em equipe mantém-se, sobretudo, no plano da retórica e das intenções, havendo nas dimensões concretas das práticas de saúde apenas uma justaposição de trabalhos realizados por um agregado de agentes”. (p.5)

Para Fortuna (1999), os trabalhadores que desenvolvem trabalhos em equipe estão implicados numa produção, a produção em saúde, onde estão ali envolvidos em processos de relação fazendo-se em instituições ao mesmo tempo que as fabricam. Segundo essa autora, se processam “na inclusão da diferença, diferença produzida nas singularizações, no romper das séries, do conhecido” (1999, p.10). E complementa, o trabalho em equipe “é uma produção que se engendra na interface dos distintos trabalhos que produz seus trabalhadores, suas subjetividades” (p. 12). Para ela, o trabalho em equipe multiprofissional pressupõe um conjunto de pessoas que se ligam por representações mútuas e que se propõem a realizar uma tarefa com finalidades determinadas. Esse grupo interatua através de um jogo de papéis assumidos ou definidos e impostos pelo grupo.

Ainda com base em Fortuna (1999), as relações aqui construídas exigem um processo de inter-relação numa produção de bens-relações. Nesse sentido, o trabalho em equipe multiprofissional é possível quando pensado como um processo. E como processo, pode contraditoriamente acontecer a estagnação de tarefa e cristalização de papéis. A autogestão nesse processo poderá dinamizar os caminhos

trilhados pela equipe, permitindo o repensar de papéis, as relações de poder e os conteúdos já instituídos promovendo autonomia. (FRANCO & MERHY 2000, 2006)

Sobre esses aspectos, Campos (1992) mostra a importância do trabalho em equipe no sentido de movimentar o já instituído e o burocratizado. Segundo ele, o trabalho assim organizado superaria a inércia burocratizada dos serviços públicos de saúde; interviria na divisão vertical do processo de trabalho que ele considera como impeditiva da resolutividade desses serviços.

Baseado em Motta (2001), pode-se dizer que o trabalho em equipe multiprofissional é uma forma eficiente de estruturação, organização e de aproveitamento das habilidades humanas e profissionais, pois possibilita uma visão mais global e coletiva do trabalho, reforça o compartilhamento de atividades e a necessidade de colaboração e cooperação para alcançar objetivos comuns no desenvolvimento das ações de trabalho. Além disso, o trabalho em equipe multiprofissional é também possibilidade de distribuição e quebra de relações de poder entre os profissionais, uma vez que a centralidade não mais se detém nas mãos de um único profissional, como no caso do médico, mas se faz em colaboração e complementação entre os diversos membros desse trabalho.

No entanto, Motta (2001), Almeida & Mihisma (2001) fazem um alerta ao referirem que caso não haja interação entre os profissionais nas equipes multiprofissionais de Saúde da Família, corre-se o risco de que se repitam as práticas fragmentadas, desumanas e centradas no enfoque biológico individual,²² com diferente valoração social dos diversos trabalhos aqui realizados.

²² No enfoque biológico individual o ser humano é visto de forma reduzida, fragmentada, com perda da noção de conjunto e integração. O processo saúde doença vivenciado por este indivíduo não leva em consideração os determinantes sociais do processo saúde-doença. Para maior compreensão, ver definição de modelo médico assistencial privatista e modelo biomédico de formação em saúde, que juntos complementam esta visão, no Glossário da pesquisa.

2.3 A Interação, a colaboração e a cooperação²³: base do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Feuerweker e Sena (1999) afirmam que a possibilidade de uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença, objeto do trabalho em saúde, passa necessariamente por uma abordagem interdisciplinar, característica do conhecimento no campo da saúde, e por uma prática multiprofissional. Nesse sentido, o trabalho aqui desenvolvido nos remete à organização das práticas de trabalho em saúde de forma interdisciplinar e integral. Dessa forma, teceremos alguns comentários sobre a interdisciplinaridade antes de abordar os aspectos aqui entendidos como caracterizadores desse trabalho.

De acordo com Peduzzi (1998, p. 57), a interdisciplinaridade é compreendida como a integração das várias disciplinas ou áreas do conhecimento, tendo, assim, caráter eminentemente epistemológico, que diz respeito, sobretudo à produção do conhecimento, sendo a disciplina sinônimo de ciência (JAPIASSU citado por PEDUZZI, 1998), e, portanto, remete ao mundo da ciência. Já a multiprofissionalidade diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais, e remete, portanto, ao mundo do trabalho.

Essa autora nos informa que uma prática multiprofissional não é decorrência direta de uma interdisciplinaridade ou mesmo de uma transdisciplinaridade se não houver uma integração também no plano dos saberes tecnológicos e práticos (PEDUZZI, 1998 p.61-62). Ela propõe uma distinção entre esses dois planos, como salientando a diferenciação entre ciência e trabalho, alertando para uma freqüente sobreposição dessas dimensões nas práticas da saúde, porque o trabalho de saúde se constitui como um trabalho reflexivo e sendo assim sua própria prática é criadora de saberes.

Segundo Japiassu (1976), Peduzzi (1998) e Leite (2001) a “disciplina” é sinônimo de ciência e o prefixo “inter” está relacionado com troca, reciprocidade, e remete à compreensão de interdisciplinaridade que se refere à troca entre áreas de

²³ (Co)operação, de cooperativo, de agir conjuntamente, de agir com; e o (co)laborativo, de co-labor, do trabalhar conjuntamente. É aqui que o trabalho se conecta com a linguagem, com o diálogo e, como o trabalho é social, é essencialmente coletivo, portanto, só existe trabalho coletivo. Por isso ele exige símbolos e a linguagem é um símbolo próprio dessa interação do ser social. Nesse contexto, trabalho e linguagem estão imbricados, porque trabalho é a condição básica da vida e, para que o trabalho se exerça socialmente, ele tem que se exercer como linguagem.

conhecimento. Para Frigotto (2002), a necessidade de interdisciplinaridade no conhecimento do social funda-se no caráter dialético da realidade social que é, ao mesmo tempo una e diversa e na natureza intersubjetiva de sua apreensão, porque os homens, ao produzirem sua existência mediante as diversas relações e práticas sociais, o fazem enquanto uma unidade que engendra dimensões biológicas, psicológicas, intelectuais, culturais, estéticas. (p.27-29)

A interdisciplinaridade contempla o reconhecimento da crescente complexidade do objeto da saúde e a conseqüente exigência interna de um olhar plural; prima pela possibilidade de um trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, buscando soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições como estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde.

Tal entendimento estabelece uma nova concepção de trabalho entre os membros da equipe multiprofissional de saúde, uma vez que admitem a diversidade de ação em busca constante pelo consenso baseados na interdisciplinaridade, garantindo a individualidade de cada categoria profissional.

Para tanto, é urgente que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais de saúde [...] diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade [...] requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe. (COSTA NETO, 2000, p.9)

Frigotto (2002) alerta que o trabalho interdisciplinar não se efetiva se não houver a capacidade de transcender a fragmentação e o plano fenomênico, heranças fortes do empirismo e do positivismo como também “não se efetiva se cairmos no reducionismo estruturalista que abandona o plano discursivo”. (p. 28)

Nesse sentido, o trabalho interdisciplinar apresenta a possibilidade dos trabalhos profissionais interagirem entre si, reconstruindo-se na prática um do outro, transformando-se mutuamente, para a intervenção no contexto onde estão inseridos (BRASIL, 2001). Não se admite interdisciplinaridade sem relacionamento, relacionamento sem comunicação e comunicação sem atitudes, uma vez que consideramos a interdisciplinaridade como uma prática dinâmica e processual.

É nesse contexto que situamos a interação, a colaboração e a cooperação como aspectos caracterizadores do trabalho em equipe multiprofissional. A nossa interação com o mundo ao redor ocorre tanto na forma física como na forma comunicacional.

Nesse sentido, e conforme destacamos no início deste capítulo, o trabalho é a categoria definidora do ser social; é, portanto, atividade social, isto é, produzida em relações co-laborativas e co-operativas, nas quais os sujeitos que trabalham estabelecem necessariamente relações de comunicação/ação em que comparecem códigos e símbolos e significados, balizadas por relações de poder entre os seus agentes. (MARX 1994; LUKACS 1978,1981)

É a partir do trabalho e da linguagem que interagimos uns com os outros e nos fazemos entender gerando informação e conhecimento. Neste estudo, além do conceito de trabalho já referido, e na mesma perspectiva da produção social dos sujeitos, partimos da compreensão dos conceitos de “palavra”, “linguagem”, “diálogo” descritos através de Bakhtin, Vigotsky e outros. Bakhtin, citado por Stam (2000) e Vigotsky (2001), considerava a palavra como o modo mais puro de interação social.

Para Bakhtin a palavra é espaço privilegiado da criação ideológica e a linguagem é sempre social e histórica. Para ele a linguagem é uma construção coletiva, parte de um diálogo cumulativo entre o “eu” e o “outro”, entre muitos “eus” e muitos “outros”. Para ele, toda comunicação “impõe aprendizado da linguagem ao outro, uma espécie de tradução, ou um acordo, com o significado situado nos limites do nosso conjunto pessoal de linguagens e do de outra pessoa”. (STAM, 2000 p. 12-13).

São os sentimentos e os pensamentos, a atividade e a experiência que movem a criação humana através da mediação, que ocorre “através dos signos, da palavra, da semiótica, dos instrumentos de mediação” (MOLON, 2003, p.102). A consciência e a subjetividade são constituídas socialmente através da mediação eu - outro, ou seja, no conjunto das relações sociais de produção, através da palavra, signos e da linguagem como construtora do sujeito, a partir do entendimento do diálogo com relação, troca efetiva e construção conjunta. (VIGOTSKY, 2001)

As idéias de Vigotsky sobre a linguagem e o pensamento consideram a conexão entre estes como originária do desenvolvimento, evoluindo num processo dinâmico. O significado da palavra transforma-se ao longo do movimento histórico,

modifica-se a própria estrutura do significado e a sua natureza psicológica. Segundo ainda este autor, não é o conteúdo de uma palavra que se modifica, mas o modo pelo qual a realidade é generalizada e refletida em uma palavra. Nesse sentido, a relação entre pensamento e palavra é algo em contínua transformação. Como o pensamento não se transforma imediatamente em palavras, a transição do pensamento para a palavra passa pelo significado. Dessa forma, um pensamento pode ser expresso por várias frases e a frase pode expressar diversos pensamentos.

O diálogo é o encontro que solidariza a reflexão e a ação dos sujeitos orientados para o mundo que deve ser transformado e humanizado; e a conquista implícita no diálogo é a do mundo, conquista realizada pelos sujeitos dialógicos, mas não a conquista de um pelo outro (Freire citado por Novoa, 1979). A conquista do mundo para o mundo, para sua humanização e para a humanização dos homens. Assim, diálogo é intersubjetividade; a intersubjetividade dialógica, passa a ter uma nova valoração, além de expressão de elementos inconscientes, ela surge também como elemento social²⁴.

Como nos informa Lacoste (1998), quando refere sobre o papel da linguagem na própria construção da atividade, ou seja, na imbricação entre processos de trabalho e de conhecimento:

“na ação social o outro está sempre presente, seja como testemunho, seja como alvo longínquo. Mais ainda, é a cooperação que está no próprio princípio da construção da ação. No trabalho, talvez ainda mais que em qualquer outro lugar, os recursos e os saberes estão envolvidos, os obstáculos de tempo e de espaço exigem a conjunção de forças, as pertinências são interligadas. Elos “fracos” ou “tensos”, “indiferença” ou “engajamento” de muitos [...] a coordenação está na essência do trabalho. Isto acontece em termos de atividades conjuntas, de fabricação de significações comuns – maneiras de interpretar e maneiras de dizer – enfim, em termos de vontade e de comprometimento individual”. (1998, p. 20)

Ainda com base nessa autora (1998), as falas no trabalho vão além da atividade operativa, do plano estrito das tarefas, articulando múltiplas dimensões da

²⁴ Importantes contribuições sobre a interação na prática do agir comunicativo temos de Habermas. Para esse autor, tanto a dialética do trabalho como a dialética da interação pressupõem a linguagem, ou seja, a utilização de símbolos representativos. *“Como tradição cultural, a linguagem entra na ação comunicativa; pois só as significações intersubjetivamente válidas e constantes, que se obtêm da tradição, facultam orientações com reciprocidade, isto é, expectativas complementares de comportamento. Assim, a interação depende das comunicações lingüísticas que se tornam familiares. E também a ação instrumental, logo que como trabalho social (...) está inserida numa rede de interações e depende, portanto, por seu lado, das condições marginais comunicativas de toda a cooperação possível”.* (HABERMAS, 1994:30-31)

vida social; desenvolvem-se num universo de cumplicidade, de partilhamento, de experiências e de enraizamento na vivência.

Goffmann citado por Valentim & Kruehl (2006) apresenta dois aspectos que estão presentes num momento de interação, ou seja, quando há uma relação entre indivíduos presentes fisicamente: um aspecto pode ser manipulado pelo indivíduo que se expressa e é constituído, principalmente, pelas expressões verbais; outro aspecto é constituído, principalmente, pelas expressões corporais emitidas pelo indivíduo. Este autor nos mostra que os outros agentes de interação – os que recebem as informações – percebem os dois aspectos, podendo pelo segundo, verificar o primeiro (VALENTIM & KRUEHL, 2006). Dito isto, compreendemos que a interação²⁵ favorece a construção do conhecimento que ocorre através da interação do sujeito com a sociedade/grupo em que está inserido e onde cada sujeito participa de uma vivência específica, produzindo, com isso, um acúmulo de conhecimentos e saberes também específicos.

A interação é compreendida na dimensão da comunicação e do trabalho compartilhado, como mediação e, quando realizada em equipe multiprofissional em saúde passa a ser compreendida como uma ação social que se dá através de relações interpessoais entre dois ou mais profissionais, exercendo influência recíproca de comportamentos, saberes, modos, atitudes, podendo haver mudanças individualmente. Favorece a construção de consensos em relação a objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais numa ação dialógica que se opera mediada pela linguagem e pelo diálogo.

É por meio de uma prática comunicativa que os profissionais constroem e executam um projeto comum pertinente às necessidades de saúde dos usuários (PEDUZZI, 1998; 2001; SCHRAIBER ET AL. 1999). Para essa prática comunicativa, a interação, pressupõe-se a participação dos agentes nos distintos momentos do processo de trabalho, desde o planejamento, execução e avaliação, na partilha de decisões e na reflexão acerca do trabalho conjunto e flexibilização da divisão do trabalho.

²⁵ Para Habermas (1989:164-172; HABERMAS, 1994 p.57), a interação refere-se a uma ação comunicativa simbolicamente mediada e orientada por normas de vigência obrigatória que definem as expectativas recíprocas de comportamento, e que têm de ser entendidas e reconhecidas, pelo menos por dois sujeitos agentes. Portanto, é regida por normas consensuais e funda-se na intersubjetividade do entendimento e reconhecimento mútuo, livre de coação interna ou externa.

Neste contexto, acreditamos que no trabalho compartilhado, o aprender com o outro não deve ser entendido como uma atividade puramente intelectual, impessoal, pois a troca cognitiva aqui desenvolvida, precisa se dar de forma amigável. Nesse sentido, estabelece-se, através da ação conjunta, uma sincronia, no tempo e no lugar, entre as pessoas.

A constituição de uma equipe de trabalho a partir desses princípios pode propiciar o crescimento intelectual e pessoal de modo geral, uma vez que existe aceitação e confronto de pontos de vista, e busca-se, através do trabalho coletivo, um sentido real para sua realização destacando-se a importância da contribuição e do envolvimento de cada integrante da equipe.

Ciampon & Peduzzi (2000), Silva & Trad (2005) destacam que, para estudar o trabalho em equipe, é importante conhecer como cada profissional conjuga seu trabalho no âmbito individual e coletivo e identificar evidências de articulação das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais. Torna-se fundamental perceber as conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional na recomposição dos diferentes processos de trabalhos, pois é no âmbito das intervenções técnicas, do equilíbrio das relações de poder e da comunicação que os profissionais realizam negociações e constroem pactos quanto à possibilidade do trabalho em equipe.

Nesse sentido, consideramos a confiança interpessoal, cooperação e a colaboração como influência recíproca, aspectos caracterizadores do trabalho em equipe. De acordo com Valentim & Kruehl (2006), a confiança permeia a vida de um indivíduo em diversos momentos e relações, com conseqüências que afetam, de maneira importante, tanto a sua trajetória, quanto a daqueles com os quais interage. Desde sua raiz etimológica, o significado de “confiança” remete ao credo em algo ou em alguém; referem que a confiança é considerada a base de qualquer relacionamento afetivo, sendo um fator de relevância para o sucesso ou insucesso de diversas relações.

No trabalho, tanto a confiança entre os colegas, quanto aquela entre indivíduos e organizações, irão trazer significativos impactos para a maneira como a pessoa se relaciona, produz, e como é percebida pelas demais, para o resultado do trabalho, aportando conseqüências, também para a organização. Com isso, entende-se o motivo da confiança se encontrar, cada vez mais, no centro das

atenções quando o assunto é a teorização sobre as sociedades contemporâneas. (SATO citado por VALENTIN & KRUEL, 2006)

A confiança entre os colegas de trabalho traz impactos significativos para a interação dos profissionais e o pleno êxito das ações desenvolvidas. O trabalho na saúde é um trabalho que envolve aspectos de extrema importância, aumentando a responsabilidade dos agentes do trabalho pelo resultado e exigindo maior dedicação possível por parte dos envolvidos. (VALENTIM & KRUEL 2006) Nesse sentido, a cooperação e a colaboração entre os agentes do trabalho em prol de um objetivo comum ganha destaque.

Dessa forma, a confiança e a cooperação estão ligadas, em parte com o prazer no trabalho e, sem ela, não pode existir nem cooperação nem coletividade no trabalho (DEJOURS & JAYET, 1994), porém, Gambetta citado por Valentim & Krueel (2006) considera que a confiança não é pré-condição para a cooperação, sendo um resultado dela, construída e fortalecida ao longo das experiências.

2.4 Formação em saúde no contexto do Programa Saúde da Família

Para compreender como se dá à formação dos profissionais em saúde para o agir no Programa Saúde da Família, necessitamos localizar a problemática do trabalho em saúde, e nesta a da educação, ambas situadas no contexto do capital mundializado. Estes dois espaços, como todos os outros da vida social, são profundamente afetados pelas investidas do capital na sua necessidade de produzir e reproduzir-se.

Nesse sentido, para entender a dinâmica e especificidades dos processos de trabalho em Saúde, partimos do pressuposto que, tanto a dimensão do trabalho, quanto à dimensão do conhecimento científico, “enquanto saber operante e/ou saber tecnológico, são intrinsecamente históricos e envolve compromissos sociais”. (MENDES-GONÇALVES, 1994²⁶)

²⁶ Aqui, destacamos uma abordagem de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves quando se refere às dimensões do conhecimento para as dimensões do trabalho na saúde. Ele apresenta, o que denomina de saber operante e/ou tecnológico. Segundo ele, o saber operante e/ou tecnológico, significa conhecer intrinsecamente como se realiza cada ação do trabalho e conhecer o projeto do conjunto de ações realizadas, e ainda, articulando-se diversos saberes dos campos de inscrição das ciências e de outros conhecimentos. Para maiores detalhes consultar o trabalho de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves: Tecnologia e organização social das práticas de saúde. (1994).

No início da década de 1980, foi lançado o Projeto Larga Escala, projeto interinstitucional, oriundo de acordos realizados entre os Ministérios da Saúde, da Educação, da Previdência e Assistência Social e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com o objetivo de formar os trabalhadores de nível médio e fundamental inseridos nos serviços de saúde. Entretanto, oposições criadas por entidades privadas, e instituições públicas ligadas ao INAMPS e pelos próprios técnicos dos Ministérios, levaram modificações bastante significativas ao projeto original do Larga Escala, transformando-o numa proposta de reordenação do setor público como prestador de serviços de saúde. (BRASIL, 1996b)

Percebia-se que dicotomias estavam expressas nas propostas de cooperação técnica entre Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, tais como, formação de especialistas versus generalistas, formação para a ação preventiva versus curativa, profissionais voltados para problemas coletivos versus individuais. Neste sentido, ressaltavam-se propostas que visavam à implantação de programas de integração docente-assistencial com a educação. (BRASIL, 1993a), reafirmando o papel da educação continuada como necessidade para formação profissional de trabalhadores de nível médio e auxiliar a partir das necessidades de atualização requeridas para implementação de programas, com adequação da formação profissional às necessidades de serviços; no entanto, pouco se tratou do problema da gestão, administração, acompanhamento e avaliação desses recursos (BRASIL, 1993a; 1996b; NORONHA, et. al.,2006).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) diferenciou-se das demais pela realização prévia de conferências estaduais e municipais com ampla participação da sociedade civil, além de abordar outros temas específicos para subsidiar a conferência nacional (NORONHA, et. al.,2006); nesta ampliou-se o conceito de saúde, ficando definido o dever do Estado na promoção, prevenção e recuperação da saúde à luz da Reforma Sanitária. Foi considerado marco histórico da Reforma Sanitária no País. Referenciaram-se sugestões sobre as questões organizativas do setor da Saúde visando à formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído logo depois pela Constituição de 1988. Definiram-se recomendações importantes como a universalização, equidade e descentralização, tornando-se base para os princípios doutrinários do SUS.

Além de referências específicas ao SUS, temas importantes referentes aos trabalhadores da saúde foram contemplados, tais como remuneração, isonomia salarial, admissão por concurso público, estabilidade no emprego, carreira, incentivo à dedicação exclusiva; direito à sindicalização e à greve; e a enfatizaram-se a urgência na adequação da formação profissional frente às necessidades demandadas pela realidade da prática assistencial, reconhecendo a importância de recursos humanos para a saúde e convocando conferências específicas sobre o tema. (BRASIL, 1993b; 1996b)

Definiram-se os temas para serem debatidos e aprofundados na primeira conferência de recursos humanos para a saúde, que deveria acontecer em seguida, destacando-se os seguintes pontos: a) valorização do profissional englobando o mercado de trabalho, treinamento de ingressos, estágio probatório, salários, avaliação de desempenho, quadros de lotação e remanejamento de pessoal, equipes de saúde; b) preparação para os níveis médio e elementar, graduação, educação continuada de nível superior, pós-graduação, integração docente-assistencial; c) organização dos trabalhadores de saúde em entidades profissionais e de servidores, direitos trabalhistas, isonomia salarial e condições de trabalho; d) relação do trabalhador de saúde com o usuário do sistema. (BRASIL, 1993b, 1996b)

Assim, em 1986, ocorreu a primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, que congregou profissionais das áreas da saúde, educação, administração e usuários do setor saúde; enfatizou que a formação profissional dos trabalhadores da saúde não estava adequada às demandas de saúde requeridas pela população brasileira, e que o ensino regular formava profissionais, mas não os preparava para o exercício de sua prática, tendo a teoria desarticulada da prática dos serviços, fato este atribuído aos currículos dos cursos desses profissionais. (BRASIL, 1993b)

Propostas foram lançadas para sanar as distorções presentes no contexto da formação e trabalho dos profissionais da saúde, visando também definir o perfil do profissional desejado para o setor. Para alcançar essas propostas, o Projeto Larga Escala foi novamente destacado como estratégia para a formação dos trabalhadores de saúde, visto que há vários anos vinha operando a educação profissional, baseado em currículos integrados e executados pelas escolas técnicas e centros formadores de pessoal de nível médio das Secretarias Estaduais de Saúde,

formando auxiliares de enfermagem, técnico em higiene dental, farmácia e em patologia clínica.

A educação continuada foi apontada, não mais como pacotes emergenciais verticais que não atenderiam a realidade dos serviços de saúde, mas como uma estratégia para “reorganizar a formação em serviços de forma sistemática, direcionada a clientes institucionais, seguindo uma política de saúde definida, tendo em vista a real necessidade dos serviços” (BRASIL, 1986 p.24). Esta era a forma de proporcionar ao adulto o desenvolvimento de caráter pessoal e profissional. Além disso, deveria ser planejada, integrando o setor de serviços, o de desenvolvimento de RH das instituições de saúde e o setor formal de ensino, de forma a produzir material técnico e informativo: Seria “um instrumento de reforço à ação articulada e hierarquizada interinstitucionalmente, e em médio prazo, poderia interferir na graduação universitária”. (BRASIL, 1986 p. 25; 1993b)

Em 1993, ocorre a IX Conferência Nacional de Saúde; foi a primeira realizada após a criação do SUS pela Constituição Federal (1988). Ratificava as propostas da VIII Conferência Nacional Saúde e convocava a realização da segunda Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde para 1993. Estabelecia a necessidade de se definir uma política de financiamento para o desenvolvimento desses recursos humanos, com o fortalecimento de instâncias de formação de caráter permanente em todos os níveis, de acordo com as necessidades de formação e capacitação profissional, estabelecendo diretrizes para a Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS. (BRASIL, 1993b)

Foi denunciado que os modelos de atenção à saúde estavam em desacordo com os princípios do SUS, prevalecendo o caráter hospitalocêntrico com predominância das ações de caráter curativo, em detrimento das ações de caráter preventivo e de promoção da saúde. Esses fatos impulsionaram, em 1995, a publicação de um documento do M.S sob o título de “Política de Recursos Humanos para o SUS, Prioridades e Diretrizes para a Ação do Ministério da Saúde”, o qual se referia ao fomento dos processos de educação para o trabalho em saúde.

A política de Recursos Humanos passava a ser uma das prioridades do Ministério da Saúde, aparecendo na proposta como fomento ao desenvolvimento e com a aplicação de metodologias educacionais voltadas para a educação continuada do pessoal dos serviços, permitindo uma qualificação coerente com os

novos postulados assistenciais do SUS. As Escolas e Faculdades de Saúde teriam espaço concreto para efetivação de seu declarado compromisso com o interesse social por melhores serviços à população, o que, mesmo em última instância, se refletiria no desenvolvimento do próprio ensino de graduação. (BRASIL, 1996b)

Com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei n. 9394/96) a definição das competências e habilidades profissionais ao final do curso de graduação tornaram-se relevantes. A graduação passa a ter um papel de formação inicial no processo que deveria prolongar-se na educação permanente, inerente à dinâmica do mundo do trabalho e reafirmando que o profissional formado no final do curso de graduação deverá estar apto para a inserção no mercado de trabalho. (DELUIZ, 2001a)

Em 1996, ocorreu a X Conferência Nacional de Saúde. Esta trouxe diversos elementos para a consolidação da interface formação-gestão, abordando a administração e a formação da força de trabalho em saúde. Começava-se a tratar da formação e capacitação, abordando os papéis diretivos do SUS nas três esferas de Governo, a participação de universidade e de outras instituições de ensino da área. A multidisciplinaridade foi eleita como instrumento gerador e direcionador da formação e de abordagem dos problemas complexos para a construção dos sistemas municipais, regionais e estaduais de saúde. (BRASIL, 1996a, 2002)

Em 2000, ocorreu a XI Conferência Nacional de Saúde que enfocou propostas para uma Política Nacional de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde, apresentando proposições e estratégias para a gestão desses recursos, visando o comprometimento com a assistência à saúde acessível, qualificada e humanizada.

A ênfase na formação dos trabalhadores de saúde passava necessariamente por seus espaços de formação em serviço, como espaços de formação e oportunidade de vivência no SUS e nas equipes multiprofissionais de saúde, como é o caso das residências multiprofissionais ou interdisciplinares de saúde. Novos cursos de formação para a saúde passam a serem requeridos para alcançar esses propósitos ampliou-se as propostas do Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) para outras categorias de trabalhadores do ensino médio, incluindo os cursos da odontologia para os Técnicos de Higiene Dental e Assistentes de Consultório Dentário; em Vigilância à Saúde, para os Técnicos em Saúde; e em Administração e Informação, para os Técnicos em

Registros de Saúde. Além dessas, iniciaram-se discussões sobre as estratégias de organização e formação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e para os profissionais do Programa Saúde da Família (PSF).

A XII Conferência Nacional de Saúde, ocorreu em 2004, foi antecipada pelo governo Lula para que a política de saúde do governo estivesse pautada na intervenção do Controle Social em sua instância máxima. Muito se avançou com essa conferência na construção de uma Política Nacional de Formação em Saúde, destacando-se as diretrizes intituladas Gestão da Educação em Saúde, Formação dos Profissionais de Saúde, Educação Permanente e Educação em Serviço (Eixo temático IV). (BRASIL, 2004)

A implementação articulada de uma política e de programas de educação permanente visava qualificar os trabalhadores de todas as categorias profissionais envolvidas com a área da saúde, nos diversos níveis de formação, de forma a englobar conteúdos gerais e as especificidades locais, orientados pelos princípios do SUS, com ênfase nos princípios da integralidade e intersetorialidade, e atuação em equipes multiprofissionais de saúde passam a ter destaque, a fim de romper com a formação fragmentada e reafirmar os princípios do SUS. Deveria primar pela ética profissional, humanização das relações e do atendimento. (BRASIL, 2004)

2.4.1 A Integralidade no contexto da formação e do trabalho em saúde

Frente às mudanças e ao contexto das reformas que compuseram o ideário neoliberal²⁷ implantadas a partir da década de 1990 na saúde, nos encontramos nas palavras de Lima Filho (1999), quando este se refere às reformas, no contexto da educação:

“Tem sido lugar comum, nos últimos anos, a defesa e a própria implementação de reformas. As reformas são apresentadas, no discurso oficial e por seus defensores, como uma necessidade, um imperativo ao qual todos devemos nos adequar em decorrência das transformações científico-tecnológicas e da globalização da economia, esta também considerada uma inexorabilidade. Desta forma, ao conceito de reforma e ao seu conteúdo, busca-se conferir um estatuto de verdade científica e imperativo histórico, condicionando à sua realização o alcance de progresso e desenvolvimento (p.07).

²⁷ Quando nos referimos as mudanças e o contexto do ideário neoliberal nos referimos ao projeto de globalização tem a seu serviço a hegemonia quase global desse ideário, o poderio econômico das empresas transnacionais, o enfraquecimento do Estado-Nação, a desregulamentação, privatização e liberalização das economias, a debilitação dos movimentos sindicais, a liberação do trabalho humano na produção, o controle sobre o desenvolvimento científico e tecnológico e, principalmente, a crise do "socialismo real".

Nada de diferente ocorreu no setor da Saúde. Nesse sentido, o texto constitucional, complementado e aperfeiçoado pela Lei Orgânica da Saúde²⁸ (Lei 8080/90), indica que a assistência à saúde realizada pelo SUS deve abranger tanto as ações assistenciais ou curativas quanto, (e prioritariamente), aquelas de promoção da saúde e prevenção das doenças, e estas últimas seriam apenas uma das dimensões do conceito da integralidade.

Com base em Pinheiro (2006), a integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS e se destina a conjugar as ações direcionadas a materialização da saúde como direito e como serviço, devendo na organização das práticas superar a fragmentação das atividades no interior dos programas e ações. Isto exige horizontalização das ações e articulação das atividades coletivas no desenvolvimento das práticas profissionais.

A inexistência de uma definição precisa do termo 'integralidade' a torna uma expressão polissêmica no campo da saúde, conferindo-lhe potencialidades e ao mesmo tempo fragilidade, com seus muitos possíveis sentidos convergindo desde a contraposição ao reducionismo, quanto à fragmentação e objetivação dos sujeitos (MATTOS, 2001).

Em geral, seu conceito permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios. (NIETSCHE 2000). Pode ser entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema e igualdade da assistência à saúde.

Para Mattos (2001), a integralidade possui três sentidos: o de atributo das práticas dos profissionais de saúde, de atributo da organização dos serviços e o de uma resposta governamental via políticas públicas direcionadas para grupos populacionais específicos. Segundo ele “contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos”, uma vez que o olhar do profissional deve ser totalizante quanto à apreensão do sujeito biopsicosocial que atende; esse profissional deve

²⁸ A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90) no art 7º já explicitava, no seu conjunto de princípios, o caráter integral da assistência, e desde então, o conceito de integralidade vem sendo objeto de reflexão em Saúde Coletiva.

“integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele, um sujeito, um semelhante a mim mesmo; nisto implica a assimilação do princípio da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial” (p.48-49), no qual a assistência procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos.

Neste sentido, permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios. Evidencia-se neste cenário a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno.

No que diz respeito à organização dos serviços e práticas de saúde, e como modo de organizar o processo de trabalho em saúde, articulando atenção à demanda espontânea com a oferta programada de atenção à saúde, constitui-se em busca contínua de ampliar as possibilidades de apreensão e satisfação das necessidades de um grupo populacional e ampliação da eficiência, é a integralidade tomada como oferta programada de atenção à saúde.

Neste sentido, caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e assistenciais por um mesmo serviço, contemplando a possibilidade dos usuários acessarem os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde em busca da resolução dos problemas apresentados. (CHIESA, 2005)

Concluindo os três sentidos, passa a ser concebida como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado em saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema, consistindo na estratégia concreta de um fazer coletivo realizado em defesa da vida. (PINHEIRO, 2006)

Conforme afirma essa autora, a integralidade é assim concebida como uma “construção coletiva que ganha forma e expressão no espaço de encontro de diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado em saúde” (2006, p.166). Ela ganha visibilidade quando se atinge a resolubilidade da equipe e dos serviços, manifestando-se através de discussões permanentes, capacitações e reorganização dos serviços.

Juntamente com abordagens de Campos (2000b) e Ceccim (2002) percebemos a necessidade da implementação de políticas com ação intersetorial, imprimindo uma nova institucionalidade²⁹ social em favor da formação permanente desses profissionais que aos poucos vem se materializando neste contexto. Como nos lembram os autores acima referidos, isto só será possível a partir de relações intersetoriais articuladas entre educação e saúde, em estreita e permanente parceria, com ações conjuntas para construção de propostas educacionais que liguem os conhecimentos produzidos e acumulados nestas duas áreas, para intervir na realidade.

De acordo com Ceccim (2005, p.163), torna-se crucial o “desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional”. A educação permanente deve ser tomada como recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde, e a negociação entre serviço e instituição deve possibilitar o ordenamento dessa formação e o desenvolvimento permanente de trabalhadores de saúde, é o que nos aponta a Portaria 198/GM/MS/2004.

Assim compreendida a integralidade e em conseqüência, o cuidado integral aos indivíduos e família, extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, uma vez que se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do SUS, requisitando a co-responsabilização e o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional para essa assistência.

²⁹ Com referencia a nova institucionalidade social em termos de educação permanente em saúde que vem se materializando aos poucos no setor da saúde consultar documento oficial do Ministério da Saúde sobre a Política de Educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde – Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. A implementação da Educação Permanente em Saúde torna-se estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação, submetendo os processos de mudança na graduação, nas residências, na pós-graduação e na educação técnica à ampla permeabilidade das necessidades / direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde. Disponível na página: www.saude.gov.br

2.4.2 Redefinindo o trabalho, a formação e o trabalhador em Saúde.

Face ao desenvolvimento das forças produtivas, ciência e tecnologia, e das novas formas de organização e gestão do trabalho, emerge a demanda por um novo trabalhador, possuidor de níveis de escolaridade mais altos, pressupondo conhecimento científico-tecnológico e sócio-histórico em face da complexificação dos processos de trabalho, gerando impactos nas formas de vida social.

Ramos (2003), destaca a complexidade desse processo:

“não se pode esquecer, contudo, que as competências profissionais são construídas ao longo da trajetória da vida profissional do trabalhador, o qual partilha experiências e práticas coletivas, e que estão condicionadas pelo contexto econômico, social e político, sendo expressão de relações sociais e resultantes de negociações entre os interesses dos diversos atores envolvidos no processo tais como: trabalhadores, gestores, educadores, instituições e entidades representativas dos diferentes segmentos, dentre tantos outros. Nesse sentido, há dois pressupostos imperiosos para se definir que competências devem ser desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde: a) compreender o processo de trabalho em sua totalidade, em que vigoram as dimensões técnicas, mas também as sócio-políticas, as culturais, as econômicas, as históricogeográficas, etc; b) compreender o processo de trabalho não como algo externo ao sujeito, em que a ação do trabalhador é determinada pelos preceitos de seu bom funcionamento, mas reconhecer que processo e relações de trabalho constituem uma unidade de múltiplas determinações entre sujeitos e objetos”. (p.44-45)

Herdamos da modernidade uma racionalidade baseada em interesses econômicos que direcionam o pensamento e impedem muitas vezes o exercício da reflexão humana, na vida e no trabalho. No entanto, a convivência com as contradições existentes gera preocupação, impasses, limitações, desafios, certezas e incertezas.

Pensar sobre a formação do profissional de saúde, a partir destas possibilidades e limites é fundamental. O trabalho em saúde atende às necessidades do ser humano, as quais não são naturais, mas histórica e socialmente determinadas; esse profissional produz atos de saúde com capacidade de intervir na problemática apresentada, modificando-a e levando à produção de um resultado que é a satisfação das necessidades/direitos do usuário; esse processo permite a produção de saúde. (MENDES-GONÇALVES,1992,1994; CAMPOS, 1998, 2000; MERHY, 2005)

Partindo dessa concepção, o trabalho em saúde caracteriza-se com uma troca; uma troca de saberes e aprendizado constante, com construção contínua de um novo olhar, que deve ser dinâmico, complexo e interdisciplinar. Busca-se, com isso, um amadurecimento de todos os envolvidos, fazendo cada um o seu papel e

conjuntamente construindo e consolidando experiências que requerem um conjunto de estratégias de apoio, transcendendo os antagonismos presentes. Só assim será possível promover a expansão das ações, e a implementação de um modelo de atenção integral às famílias por meio de um legítimo "promover" de ações saudáveis, gerando novas práticas profissionais.

Pensar sobre as perspectivas e desafios para a formação do trabalhador da área da saúde no contexto das atuais mudanças no mundo do trabalho, nos leva evidentemente ao repensar da relação educação-trabalho. Nesse sentido, é importante considerar o saber do trabalhador como um saber elaborado e socialmente construído, produto de sua práxis (reflexão-ação) engendrada numa perspectiva em que são inseparáveis o aspecto intelectual e o manual.

De igual forma, há que se considerar que a perspectiva de análise acerca das condições estabelecidas pelo trabalho representa o esforço histórico realizado pelo capital em utilizar-se do Estado, da escola, da fábrica, do hospital (do 'serviço' de saúde), além de outros organismos, para negar, hierarquizar e disciplinar o saber, o conhecimento e o fazer do trabalhador.

Neste panorama, deve-se considerar que os principais desafios para a formação do trabalhador residem principalmente em superar visões reducionistas e monolíticas acerca de categorias como educação, trabalho e saúde. É importante pensar a perspectiva da formação como o processo de elaboração do conhecimento a partir do trabalho em sentido ontológico, que se dá nos espaços sociais, onde a formação do trabalhador se constrói num processo dialético, dialógico e consciente em torno do poder e da resistência que revestem os seus saberes e conhecimentos.

Destaca-se a importância da construção dialogada entre os mundos do trabalho e da escola, a partir da explicitação de diferentes interesses, valores, conhecimentos e saberes, sociais e historicamente constituídos, para uma qualificação profissional entendida como construção e relação social, que implica examinar e relacionar organicamente, em cada momento histórico, os vários elementos que constituem a situação de trabalho, suas formas de organização social, construção de redes de relação, de intercâmbio e circulação de saberes.

CAPÍTULO III

SISTEMATIZAÇÃO E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Este capítulo descreve a sistematização e os procedimentos metodológicos da pesquisa, considerando os objetivos geral e específicos anteriormente delimitados relacionados à investigação das condições existentes e necessárias para a interação e troca de conhecimentos entre os profissionais das equipes do PSF para a prática do agir em saúde de forma multiprofissional, coletiva e interdisciplinar, visando à integralidade da Atenção Básica em Saúde.

3.1 Descrevendo o percurso e a opção metodológica da pesquisa

Este tópico apresenta a pesquisa, sua concepção e o cenário, em seguida discorre como se procedeu nas formas de encaminhamento para a coleta de dados junto aos sujeitos da pesquisa, descreve-se sucintamente a opção metodológica, e por último, como se organizaram os dados empíricos coletados para se proceder a análise destes dados.

3.1.1 A concepção da pesquisa

A complexidade do campo da Saúde nos aponta diversas indicações metodológicas, uma vez que esse campo exige uma abordagem que atenda a tal complexidade. Dentro dessa perspectiva, optou-se pela utilização da pesquisa qualitativa descritiva de natureza interpretativa³⁰. A natureza da metodologia descritiva estabelece que a partir de seus objetivos, proporciona-se nova visão do problema, aproximando-a da pesquisa exploratória pela atuação prática, resultando no alcance do diagnóstico e da compreensão.

Entretanto, ressaltamos que essa escolha não se pauta no pensamento positivista que opõe a pesquisa qualitativa à quantitativa, pois, como afirma Minayo

³⁰ O propósito da investigação descritiva é observar, descrever e classificar (POLIT & HUNGLER 1995). Para Gil (1991), o estudo descritivo permite realizar a descrição das características do objeto estudado pela maneira como os dados são coletados.

(1996), não existe oposição no contexto dessas pesquisas. A pesquisa qualitativa se diferencia da quantitativa, segundo Minayo, ao incluir as manifestações da subjetividade como integrante do fenômeno social, e, além disso, essa concepção nos fornece instrumentos teóricos e técnicos concisos para trabalharmos as representações tecidas pelos sujeitos no campo social e nos possibilita compreender o sujeito como produtor e produto desse campo social. (MINAYO, 1996)

A saúde enquanto questão humana e existencial é um fenômeno social de alta significação, pois é uma problemática compartilhada indistintamente com os segmentos sociais. Nesse sentido, Saúde e Doença “constituem metáforas privilegiadas para explicação da sociedade: engendram atitudes, comportamentos e revelam concepção de mundo. Através da concepção desse fenômeno, as pessoas falam sobre si, do que as rodeia, de suas condições de vida, do que as oprime, ameaça e amedronta”. (MINAYO, 1996, p. 193)

Nessa perspectiva de análise, a visão de saúde como processo socialmente construído destaca a importância do protagonismo social na transformação da realidade, e a vertente qualitativa de pesquisa torna-se a mais apropriada por possibilitar um aprofundamento e compreensão do fenômeno estudado resgatando as subjetividades dos sujeitos envolvidos, uma vez que considera suas representações, valores, costumes, atitudes, crenças e cultura em relação ao foco do estudo. (CHIESA, 2005)

3.1.2 Formas de encaminhamentos da pesquisa

O primeiro passo para a viabilização da pesquisa foi a elaboração do projeto de pesquisa para posteriormente encaminhá-lo ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura Municipal de Curitiba, para sua devida aprovação ética e viabilização da mesma. O processo de aprovação³¹ tramitou por um mês devido ao atrelamento com a realização de reunião do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/SMS). Após recebimento de termo de aprovação³² do Comitê de Ética (ANEXO 1), realizamos contato com a Unidade de Saúde sugerida pela Secretaria Municipal de Saúde que já havia sido informada sobre a autorização e concessão do campo para a pesquisa.

³¹ Esta fase teve início no dia 23.03.2006. A Pesquisa foi aprovada conforme Termo de Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba.

³² Anexo 1 - Termo de Aprovação de Pesquisa e concessão de campo de pesquisa.

Agendamos previamente uma reunião com a Autoridade Sanitária local para minha apresentação pessoal como pesquisadora e apresentação do projeto de pesquisa. A pesquisa seguiu os aspectos da ética, a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde - Diretriz e Norma Regulamentadora de Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 1996c) - e os trabalhadores, sujeitos desta pesquisa, foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme modelo disponível no ANEXO 2.

Da mesma forma, em reunião³³ posterior, foi realizada uma exposição verbal sobre a pesquisa para toda a equipe multiprofissional de saúde da unidade, expondo o projeto de pesquisa, detalhando brevemente os objetivos da pesquisa, bem como feito os demais esclarecimentos que se fizeram necessários para o bom andamento do estudo.

Na seqüência, foram agendados em conjunto com a Autoridade Sanitária local, os horários de nossas visitas à Unidade de Saúde (US) para início³⁴ e realização da observação direta.

É importante destacar que tivemos livre acesso ao serviço de saúde e podemos estar presentes em momentos variados junto aos profissionais da equipe multiprofissional, em reuniões com as equipes das microáreas nos dias em que cada equipe se reunia e nas reuniões da unidade de saúde com o grande grupo de profissionais; participamos de atividades de educação em saúde com a comunidade e acompanhamento de visitas domiciliares, além de presenciar a atuação dos profissionais de nível superior e médio na assistência individual e coletiva dos usuários nos diversos setores da unidade. Durante o período de observação e entrevista procuramos estar atentas para não interferir nas rotinas pré-estabelecidas na Unidade de Saúde, buscando acompanhar o fluxo normal do atendimento em serviço e os profissionais.

3.1.3 Método de coleta de dados e os instrumentos utilizados

Escolheu-se o Estudo de Caso como delineamento para a pesquisa, adotando para a coleta de dados, entrevistas individuais, pois, segundo Bauer e Gaskell (2003, p. 65), a compreensão dos mundos da vida dos entrevistados(as) e

³³ Essa reunião ocorreu no dia 12.05.2006.

³⁴ Essa fase teve início em 22.05.2006.

de grupos sociais específicos “é condição *“sine qua non”* da entrevista qualitativa”. Goode & Hatt (1979, p.422) compreendem o estudo de caso como um meio de organizar dados sociais preservando o caráter unitário do objeto social estudado. Bauer & Gaskell (2003, p. 323) afirmam que “um estudo de caso refere-se a uma análise intensiva de uma situação particular”. Para Yin (2001), esse método permite abordar fenômenos sociais complexos por resguardar as características holísticas e significativas da realidade dos contextos estudados. Ele lembra, ainda, que o estudo de caso nos possibilita “investigar um fenômeno dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. (Yin 2001, p.32)

- Observação Participante

Para Minayo (1996, p. 135) a observação participante³⁵ pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Segundo esta autora “alguns estudiosos a tomam não apenas como uma estratégia no conjunto da investigação, mas como um método em si mesmo, para compreensão da realidade”.

A observação participante ocorreu em alternância com as entrevistas no ambiente de trabalho, possibilitando mesclar os aspectos da entrevista com a observação livre, na qual estaríamos atentos à dinâmica geral das relações entre os agentes do trabalho e destes com os usuários do serviço. Houve também diversas participações em reuniões com a equipe multiprofissional na Unidade de Saúde da Família, com o objetivo de perceber as interações existentes entre os profissionais para o desenvolvimento do agir na prática profissional, fato que nos possibilitou a coleta de evidências sobre o caso em estudo. Conforme Bauer & Gaskell (2003), as evidências geralmente são úteis para prover informações adicionais sobre o tópico em estudo.

As informações coletadas por meio da observação foram utilizadas para a análise dos pontos convergentes e divergentes presentes nas representações dos profissionais entrevistados(as), e utilizadas como material empírico “complementar de captação das entrevistas” (MINAYO, 1996, p. 135).

³⁵ Para Schwartz & Schwart citado por Minayo (1996, p.135) a observação participante é o processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto”.

Durante o primeiro mês de observação participante, procurou-se validar o roteiro de entrevistas (Anexo 3). Esse roteiro de entrevista foi testado antes de sua aplicação junto a 03 profissionais de Saúde da Família pertencentes a uma outra unidade de Saúde da Família da rede municipal que consentiram em participar dessa validação³⁶. Após essa aplicação, houve a possibilidade de correção e adequação de perguntas para melhor aplicabilidade do questionário na amostra específica da pesquisa³⁷.

- A Entrevista

A entrevista³⁸, enquanto instrumento de pesquisa, consiste genericamente num procedimento que capta o material empírico por meio da fala dos sujeitos da pesquisa. Com base em Minayo (1996 p.107) a entrevista “tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de colheita de informações sobre determinado tema científico, é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo”. Ocorrem variadas modalidades de entrevista, as quais se diferenciam pelo maior ou menor grau de controle e direção que lhes é infundido pelo pesquisador. Abrange desde a entrevista estruturada, passando pela semi-estruturada, até a entrevista aberta ou não-dirigida (MINAYO, 1996). Neste estudo realizaram-se entrevistas semi-estruturadas³⁹, seguindo um roteiro previamente elaborado e validado.

A principal característica da entrevista semi-estruturada, assim como da entrevista aberta, é permitir captar o que está para além das aparências, do primeiro plano, da superfície da comunicação, e atingir níveis mais profundos e reveladores dos significados do objeto de estudo, no recorte proposto pelo pesquisador (TRIVIÑOS, 1990, p.152; MINAYO, 1996, p.123).

Minayo (1996) também nos informa que não existe grande variação nos conceitos emitidos pelos diversos autores para entrevista de pesquisa. Esta seria

³⁶ A validação do roteiro de entrevista ocorreu no período de 04 a 08.06.2006.

³⁷ Anexo 3 Roteiro de Entrevista.

³⁸ Kahn & Cannell citados por Minayo (1996, p. 108) assim definem a entrevista: “Conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”.

³⁹ Por entrevistas semi-estruturadas compreendemos conforme nos informa Honnigmann citado por Minayo (1996): “a entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador”. (p.108)

uma forma de buscar informações objetivas e subjetivas (atitudes, valores e opiniões do entrevistado(a)) sobre um objeto de pesquisa, via uma conversa a dois, proposta por iniciativa do pesquisador. Essa técnica se fundamenta na exploração de questões previamente definidas pelo pesquisador, combinadas com a presença de novos dados produzidos no processo de investigação e, particularmente, no próprio momento da entrevista.

Em nosso estudo, as entrevistas foram realizadas com base num roteiro-guia especialmente construído para a pesquisa (Anexo 3). Esse roteiro estava distribuído em quatro eixos de perguntas denominados: eixo 1 - processo de trabalho; eixo 2 - interação no trabalho; eixo 3 - subjetividade no trabalho e eixo 4 - formação em saúde.

O primeiro eixo trata das relações de trabalho na saúde desenvolvidas em equipe multiprofissional; solicita a descrição da trajetória pessoal e profissional dos profissionais e a inserção destes no mercado de trabalho na saúde e no PSF, bem como a organização do processo de trabalho instituído. O segundo eixo investiga a interação no trabalho, da percepção dos profissionais sobre como ocorre o trabalho da equipe multiprofissional, as facilidades e dificuldades existentes nas articulações técnicas, e sobre as possíveis relações de troca de conhecimento realizadas entre os mesmos. No terceiro eixo investigou-se a percepção sobre o sentido e o conceito de trabalho para cada profissional da equipe multiprofissional. O quarto eixo tratou da formação em saúde, verificando as condições existentes e necessárias para as trocas de conhecimentos para o agir no PSF, procurando relacionar a formação inicial de cada profissional com a formação em serviço existente e requerida para essa atuação. Por último, a entrevista fechava com uma pergunta complementar na qual o entrevistado(a) poderia manifestar-se colocando-se sobre tema de sua escolha.

3.1.4 Transcrições de entrevistas

Terminada a fase das entrevistas, o passo seguinte foi transcrever as entrevistas gravadas. Optou-se pela transcrição mais literal possível dos depoimentos, preservando vícios de linguagem, pausas, risos, gírias e outros elementos que estavam presentes nas falas. Após a transcrição, as entrevistas foram submetidas à conferência junto aos entrevistados(as) para validação e,

posteriormente, devolvidas ao pesquisador com assinatura pelos sujeitos entrevistados(as).

As transcrições foram entregues pessoalmente a cada entrevistado(a) que foram avisados das possibilidades de alteração no conteúdo se entendessem ser necessário. Entretanto, percebeu-se no retorno das entrevistas, que alguns entrevistados(as) ativeram-se a realizar correções de estrutura do texto, e nenhuma sofreu alteração nos depoimentos dados. Percebeu-se também demonstração de surpresas dos entrevistados(as) em verem suas falas transcritas literalmente, fato que reforçou a credibilidade do método aplicado de coleta de dados.

3.1.5 Os procedimentos de análise e o tratamento dos dados

Para a análise documental e pesquisa bibliográfica, foram adotados os procedimentos clássicos de análise de conteúdo. Bardin citado por Minayo (1996, p. 199) define a Análise de Conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

Para Minayo (1996), existe uma dificuldade operacional no tratamento de dados qualitativos. A denominação Análise de Conteúdo é genérica e abarca diferentes métodos quantitativos para decifrar o material qualitativo, negligenciando o conhecimento da significação dos sujeitos porta-vozes dos enunciados. A análise de conteúdo, segundo Bardin (1977, p 42), refere-se a “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens”.

Nesse contexto a análise de conteúdo é construção social, numa produção de discurso com qualidade, validade e fidedignidade. Optou-se pela análise temática por serem as “formas que melhor se adequam à investigação qualitativa do material sobre saúde” (MINAYO, 1996 p.204) e ser dentre as técnicas que compõem a Análise de Conteúdo a que permite “descobrir os núcleos de sentido que compõem determinada comunicação cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa

para o objetivo analítico visado” (BARDIN citado por MINAYO, 1996 p.209), sendo apropriada ao estudo de opiniões, atitudes, crenças valores ou tendências, seja no discurso individual ou grupal.

O procedimento adotado para a análise das entrevistas iniciou-se com um processo exaustivo de leitura e releitura de cada um dos relatos até dominar o todo de um mesmo depoimento, “e do conjunto das comunicações” (MINAYO, 1996 p. 209). É o que se denominou aqui de leitura vertical. Para essa autora, é nessa fase que se determinam os recortes, a forma de categorização e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão as análises. Essa leitura possibilitou detectar os elementos que enunciam a lógica subjacente à fala do sujeito e elaborar um esquema provisório de interpretação de cada entrevista, quando a atenção está voltada particularmente à singularidade de cada entrevista.

Após esse processo, procedemos à leitura horizontal do conjunto dos relatos em cada eixo conforme abordado nas entrevistas. Segundo Bardin citado por Mianyo (1996, p. 210) “realiza-se na transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto”. A leitura do conjunto dos relatos de cada eixo permitiu estabelecer as relações entre os dados coletados, pois é esse sistema de relações que torna possível as interpretações acerca das representações.

No transcorrer do processo de leitura vertical e horizontal das entrevistas, identificamos alguns núcleos temáticos. Esses núcleos temáticos foram analisados com base em categorias de análise formuladas no quadro teórico referencial, entendidas como o instrumental conceitual básico que emerge do quadro teórico adotado, delimitando o conhecimento do objeto de investigação (MINAYO, 1996 p.93-94). Estabeleceram-se como categorias teóricas analíticas a colaboração, a cooperação e a confiança interpessoal como caracterizadores do trabalho em equipe multiprofissional entre os agentes com vistas à interação e à troca de conhecimentos do agir no trabalho, tendo por base a complementaridade e interdependência dos trabalhos especializados já estudadas por Peduzzi (1998).

As categorias empíricas foram construídas com finalidade operacional, tendo em vista o trabalho de campo e com base no material empírico coletado (MINAYO, 1996). Foram destacadas sete categorias representativas dos quatro eixos de respostas e que estão descritas em tópico seguinte e representadas no Quadro 1.

Os dados coletados foram decodificados e agrupados em categorias de acordo com a semelhança das falas, conforme preconiza a técnica de Análise de Conteúdo. (BARDIN, 1979)

Especificamente na leitura horizontal do conjunto dos relatos referentes à situação do trabalho em equipe, buscamos identificar os pontos convergentes, os pontos divergentes e as singularidades. Consideramos singularidades as expressões dos depoimentos que se destacam, ou por uma voz mais enfática ou por ser um dado mais curioso que serviu para ilustração ou que mostram que outras pesquisas se fazem necessárias a partir delas ou para enfatizar alguma coisa relativa a um determinado eixo. As singularidades revelam algo que está disforme naquela fala, seja para acentuar ou para negar algo/tudo, e funciona como um processo de construção da análise crítica dos discursos, no qual está presente forte subjetividade do pesquisador.

Vale ressaltar que o tratamento dado às relações entre o empírico e o teórico obedece a uma recíproca busca de referência confirmadora, em contraste oscilante entre o achado e a procura de novas determinações.

É esse diálogo recíproco e complexo no qual o pesquisador envolve o teórico e o empírico, que nos faz avançar em elaborações de reflexões e sínteses provisórias e parciais. Do detalhamento destas sínteses é que emergem as possíveis confirmações, negações, dúvidas ou indeterminações que irão constituir os resultados desta pesquisa. É, portanto, um processo rico e complexo, no qual o conhecimento – como verdade provisória – não busca substituir o real complexo, mas mediante um processo de pensamento estruturado, busca uma aproximação possível do real, na tentativa de apreendê-lo em suas múltiplas determinações.

Durante as entrevistas optou-se por deixar o entrevistado(a) a vontade com relação ao tempo e ao conteúdo de sua fala, pois após as primeiras entrevistas, percebeu-se que a maioria dos entrevistados(as) ansiavam por um momento de desabafo, por uma escuta. Os entrevistados(as) ficaram livres para se manifestarem durante o tempo dado. O tempo disponibilizado para cada entrevista foi longo, variando em torno de 60 a 90 minutos, e o entrevistado(a) ficou a vontade para discorrer sobre os temas questionados. Algumas questões no transcorrer das entrevistas foram reformuladas, uma vez que o próprio entrevistado(a) muitas vezes se antecipava na resposta de determinadas questões, não sendo necessário serem

perguntadas posteriormente. Em outros momentos, fazia-se necessário retomar certas questões já tratadas, para maior clareza do depoimento.

Este fato também resultou em respostas bastante amplas e alguns entrevistados(as), utilizaram o momento da entrevista para relatar situações pessoais e desabafos. Nessas situações, o pesquisador optou por não interferir nem delimitar as respostas, de forma a possibilitar a cada entrevistado(a) manifestarem-se livremente.

Desse modo, o material coletado foi bastante amplo, e teve que sofrer recortes em alguns depoimentos por apresentarem aspectos mais amplos que os dos objetivos desta pesquisa. Portanto, para esta dissertação será usado parte destes dados, aqueles que diretamente relacionam-se aos objetivos da mesma. O restante poderá ser utilizado posteriormente em trabalhos futuros e continuidade da pesquisa.

3.2 O Universo e a Amostra da Pesquisa

O universo desta pesquisa foi composto por 41 profissionais de saúde⁴⁰ que compõem três equipes de Saúde da Família de uma Unidade de Saúde localizada num Distrito Sanitário da cidade de Curitiba / Paraná. Dentre esses profissionais encontram-se agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e de consultório odontológico, técnicos de higiene dental, a autoridade sanitária local (o(a) chefe do serviço) e um fisioterapeuta (profissional do Distrito Sanitário de Saúde que auxilia as equipes do PSF referentes aos atendimentos de fisioterapia). Esses profissionais compõem as equipes de Saúde da Família e equipes de Saúde Bucal que juntas conformam três equipes multiprofissionais de Saúde da Família responsáveis por três microáreas adstritas a Unidade de Saúde investigada (conforme mostra a Tabela 1).

Durante o período de observação percebemos algumas dificuldades em envolver todos os profissionais da unidade nas entrevistas gravadas. Alguns profissionais de nível médio mostraram-se receosos em gravarem suas falas, o que foi respeitado prontamente; entretanto, estes profissionais se dispuseram a responder um questionário escrito. Providenciou-se para aqueles que assim

⁴⁰ Nesta pesquisa optamos por utilizar as terminologias 'profissionais de saúde' e / ou 'trabalhadores de saúde' quando nos referimos aos agentes do trabalho das equipes multiprofissional de Saúde da Família.

preferiram, um questionário com os mesmos eixos da entrevista. Destacamos, entretanto, que todos os profissionais de nível superior, lotados na unidade investigada, participaram ativamente das entrevistas.

Optamos por utilizar nesta pesquisa apenas os dados colhidos nas entrevistas orais gravadas. Os dados colhidos de forma escrita através de questionário específico serão direcionados para elaboração de artigos a serem posteriormente publicados.

TABELA 1 - Universo da Pesquisa da Unidade de Saúde em estudo

ESPECIALIDADE PROFISSIONAL OU POSTO DE TRABALHO	NÚMERO DE PROFISSIONAIS
I – Profissionais de Nível Superior	
- Autoridade Sanitária	01
- Dentista	03
- Enfermeiro	02*
- Fisioterapeuta	01
- Médico	03
Subtotal	10
I – Profissionais de Nível Médio	
- Auxiliar de Enfermagem	12**
- Agente Comunitário de Saúde	12
- Auxiliar de Consultório Dentário	05***
- Técnico de Higiene Dental	02
Subtotal	31
Total Geral	41
Total de trabalhadores da Unidade de Saúde do PSF estudado (Universo da Pesquisa)	41

Fonte: Trabalhadores / Profissionais das Equipes Multiprofissionais de Saúde - Unidade de Saúde da Família, Distrito Sanitário de Saúde - Curitiba/PR; 2007.

* Embora com 3 Enfermeiros, 1 deles encontrava-se ausente permanente da Unidade de Saúde e de suas atribuições na Enfermagem (em Licença Tratamento de Saúde/ LTS) e por este motivo foi excluído da amostra da pesquisa.

** 1 Auxiliar de Enfermagem estava afastado por motivo de doença e em LTS

*** 1 Auxiliar de Consultório Dentário encontrava-se em Licença Maternidade

Com isso, dos 41 profissionais que compõem o universo da pesquisa e que estavam presentes na Unidade de Saúde durante a etapa de entrevista, 21 profissionais de nível superior e médio, se dispuseram a dar seus depoimentos na forma de entrevista gravada. Para preservar a representatividade das categorias profissionais existentes no universo da pesquisa e em equipes multiprofissionais buscou-se selecionar dos entrevistados(as), 17 profissionais que foram escolhidos por sorteio.

Dessa forma, a amostra da pesquisa resultou composta de 17 profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e dentistas) e de nível médio (auxiliares de enfermagem, auxiliar de consultório odontológico, técnico de higiene bucal e agente comunitário de saúde), conforme Tabela 2.

Para preservar o anonimato desses profissionais/trabalhadores, decidimos denominá-los da seguinte forma: os profissionais de nível superior foram chamados de “NS” e os profissionais de nível médio, auxiliar e técnico por “NM”, seguidos por um número em algarismo arábico, estabelecidos de forma aleatória. Os profissionais “NS” foram numerados de 01 a 07 e os profissionais “NM” foram numerados de 01 a 10.

TABELA 2 – Composição da Amostra de Pesquisa

ESPECIALIDADE PROFISSIONAL OU POSTO DE TRABALHO	NÚMERO DE PROFISSIONAIS
I – Profissionais de Nível Superior	
- Autoridade Sanitária	01
- Dentista	02
- Enfermeiro	02
- Médico	02
Subtotal	07
I – Profissionais de Nível Médio	
- Auxiliar de Enfermagem	02
- Agente Comunitário de Saúde	04
- Auxiliar de Consultório Dentário	02
- Técnico de Higiene Dental	02
Subtotal	10
Total de trabalhadores/profissionais da Amostra (Amostra da Pesquisa)	17

Fonte: Trabalhadores / Profissionais das Equipes Multiprofissionais de Saúde - Unidade de Saúde da Família, Distrito Sanitário de Saúde - Curitiba/PR; 2007.

É importante também ressaltar que em nosso estudo, destacamos quantitativamente os profissionais de nível médio pelo grande contingente e representatividade no serviço em saúde e pela variedade de ações de saúde realizada rotineiramente por estes profissionais, além de sua intensa participação no trabalho em saúde, situação constatada, tanto na observação direta das situações de trabalho coletivo como por meio das referências feitas pelos entrevistados(as).

3.3 Apresentando a base empírica dos dados

Nos procedimentos metodológicos identificamos algumas categorias analíticas que nos auxiliaram a sistematizar e analisar os depoimentos com base em categorias empíricas. Apresentamos as categorias empíricas como realidade objetiva do trabalho, as quais mostram evidências do trabalho realizado pelo conjunto de profissionais da equipe do PSF pesquisado (nível superior e médio) e o

modo como estes concebem, expressam e operacionalizam no cotidiano do trabalho os aspectos da realidade objetiva do local de trabalho. O Quadro 1, a seguir, apresenta o esquema da sistematização das questões, categorias e temas relacionados a pesquisa conforme descrito. Os dados empíricos e construção das categorias e temas seguiu conformação semelhante dos eixos formulados para a entrevista, conforme descrito a seguir.

No eixo I, Processo de Trabalho foram construídas as categorias: **Trabalho de cada um**, o qual aborda a trajetória pessoal e profissional dos pesquisados, sua inserção no mundo de trabalho na saúde e no PSF; a **Organização do processo de trabalho** aborda o atendimento à demanda de usuários no serviço; a carência de recursos humanos; a sobrecarga de trabalho, e as cobranças realizadas aos trabalhadores pelo alcance de metas e resultados.

No eixo II, que aborda a Interação no Trabalho, buscamos identificar as relações interpessoais existentes entre os profissionais e desenvolvidas em equipe. Aqui, os dados empíricos contribuíram para formar as categorias: **Trabalho em equipe** classificada em dois temas: trabalho em equipe no grande grupo; e trabalho em equipe na microárea. A segunda categoria foi denominada de **Alternativas de espaços**. São abordados os aspectos relacionados à interação e à troca de conhecimentos entre os profissionais. A terceira categoria deste eixo **Construção de Vínculos**, estabelecida na dimensão da comunicação e do diálogo no trabalho em equipe.

A quarta categoria ficou denominada de: **Percepções e o sentido do trabalho**, relacionando três importantes temas: - trabalho no sentido ontológico; - trabalho como compensação financeira e meio de sobrevivência, e - trabalho em saúde. Essas percepções nos auxiliam a compreender as relações de trabalho existentes e necessárias e as práticas de comunicação estabelecidas em equipe quanto à possibilidade da execução do trabalho em equipe multiprofissional.

E, por último, trazemos o eixo III, Formação em Saúde. Construímos a categoria **Formação dos profissionais no contexto estudado: o “instituído”** descrevendo as condições existentes para a troca de conhecimentos no trabalho em saúde e como essa formação em saúde está ocorrendo.

QUADRO 1 – SISTEMATIZAÇÃO DOS EIXOS, QUESTÕES, CATEGORIAS E TEMAS RELACIONADOS.

EIXO	QUESTÕES DE ENTREVISTA	CATEGORIAS	TEMAS RELACIONADOS
EIXO I PROCESSO DE TRABALHO	1) Descreva sua trajetória pessoal e profissional – (o que fazia antes e como ingressou no PSF?)	TRABALHO DE CADA UM	- Trajetória pessoal e profissional - Inserção no mundo do trabalho
	2) Por onde começam suas atividades junto aos usuários do PSF? (Descreva suas atividades de um dia de trabalho). 3) Que atividades são mais frequentes no cotidiano de seu trabalho com o usuário? (o que você faz, como, com quem e por que faz?) 4) Você tem dificuldades para realizar seu trabalho? Se sim, quais? 5) Na sua opinião “quem é” o usuário do SUS/PSF? 6) E quanto a estrutura (física e material) que vocês têm aqui na US: ela dá conta do desenvolvimento do trabalho no PSF? Ela dá conta do atendimento “integral ao usuário”? 7) E quanto ao número de profissionais disponível (hoje) na unidade atende a necessidade da demanda?	ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	- Atendimento à demanda - Recursos Humanos e sobrecarga de trabalho - Cobranças pelo alcance de metas e resultados.
EIXO II INTERAÇÃO NO TRABALHO	8) Como você vê o funcionamento da Equipe Multiprofissional no PSF? 9) Como é sua relação com os profissionais - colegas de trabalho - aqui na US? De que forma você se relaciona em equipe?	TRABALHO EM EQUIPE	- Trabalho em equipe no grande grupo - Trabalho em equipe na microárea
	10) Como é sua relação com os profissionais na equipe de trabalho de sua microárea?	ALTERNATIVAS DE ESPAÇO	- Interação e troca de conhecimento no trabalho - Confiança interpessoal - Colaboração e Cooperação no trabalho
	11) Como você trabalha em área com sua equipe – (Como ocorre a interação entre vocês em atuação no campo?) 12) Como você percebe sua interação com os usuários no momento do atendimento, seja na unidade ou em visita domiciliar?	CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS	- Construção de vínculos no trabalho em equipe “entre” profissional e profissional/usuário.

	<p>13) O que você entende por Trabalho - O que significa trabalho em sua vida?</p> <p>14) Como e quando um acontecimento do seu trabalho, interfere no seu aprendizado pessoal e profissional? Ou seja, como e quando um acontecimento do seu agir cotidiano de trabalho, lhe revela algo a mais, de forma que o faça entender e mudar sua concepção sobre este determinado fato / acontecimento?</p> <p>15) Durante suas atividades de trabalho diário, você toma iniciativas, age por conta própria? Você tem autonomia no seu trabalho?</p> <p>16) Você percebe solidariedade, compartilhamento, cooperação no dia-a-dia das situações e nos acontecimentos do trabalho com outros profissionais?</p> <p>17) Como você se sente desenvolvendo seu trabalho aqui? Como você está agora?</p>	<p>AS PERCEPÇÕES E SENTIDO DO TRABALHO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalho no sentido ontológico - Trabalho como compensação financeira e meio de sobrevivência - Trabalho na Saúde - O cotidiano do trabalho multiprofissional a construção de pactos, negociações, consensos entre os profissionais da equipe multiprofissional.
<p>EIXO III FORMAÇÃO EM SAÚDE</p>	<p>18) Você vê relação entre o que você aprendeu em seu curso inicial, (superior, de especialização, técnico/auxiliar) e o que você faz aqui no PSF?</p> <p>19) Qual a relação entre o enfoque especialista de sua formação inicial e a concepção “integral de saúde” do PSF?</p> <p>20) Vocês têm cursos/treinamentos freqüentes aqui? Quais?</p> <p>21) Como é sua participação nos cursos/treinamento? (Você se sente motivado em participar destes cursos?).</p> <p>22) Vocês sentem necessidades destes cursos?</p> <p>23) Os cursos estão voltados para as necessidades do trabalho no PSF?</p> <p>24) Na sua opinião, é só de aquisição de “mais conhecimentos técnicos-científicos” que vocês precisam?</p> <p>25) Muda alguma coisa após os cursos/treinamentos ofertados para vocês? (Não muda?)</p>	<p>FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NO CONTEXTO ESTUDADO: O INSTITUÍDO</p>	<p>As condições existentes para a troca de conhecimentos e realidade do processo de formação.</p>

CAPÍTULO IV

ANÁLISE EMPÍRICA E OS RESULTADOS DA PESQUISA

O capítulo trata da análise empírica e dos resultados da pesquisa. Descreve as categorias empíricas estabelecidas para o estudo e apresenta os resultados encontrados articulando-os com as categorias teóricas resultantes da análise da bibliografia estudada. Está organizado de acordo com o Quadro I apresentado nos procedimentos metodológicos.

4.1 Análise do material empírico e os resultados: o encontro da ética com a técnica.

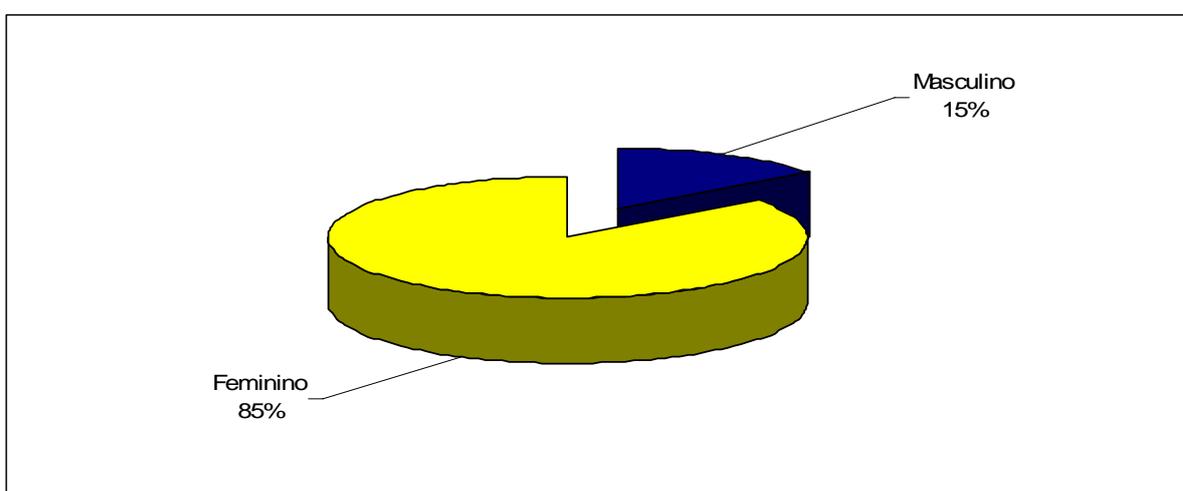
Para realizar a análise do material empírico, fazemos inicialmente uma breve caracterização do perfil geral do universo pesquisado. Este perfil do universo vai nos permitir caracterizar os sujeitos da pesquisa como um “retrato” momentâneo da Unidade de Saúde pesquisada, com breve análise desse perfil.

O universo da pesquisa foi composto por 41 profissionais de saúde. Destes, 15% são do sexo masculino, e 85% do sexo feminino; este dado demonstra uma maior participação de mulheres no desenvolvimento desse trabalho (Gráfico 1). Historicamente o campo de trabalho na área da saúde é um lugar de concentração do trabalho feminino; no entanto, poucos estudos enfatizam esta temática como problema de pesquisa, e, além disso, destacam essencialmente o trabalho feminino na área da Enfermagem, no setor hospitalar. Talvez, porque, é neste setor que se encontra a grande maioria do público feminino no trabalho da Enfermagem.

Como já referimos, a expressiva presença de mulheres no setor da Saúde é um fato histórico, e sem dúvida essa presença feminina se deve ao fato do trabalho aqui desenvolvido ter como objeto central a produção do cuidado; e o cuidar é um processo quase “naturalizado feminino” ao longo da história do setor saúde. Essa prática do “cuidar” como um processo “naturalizado” atribuído ao feminino origina-se essencialmente da construção cultural do papel da mulher na sociedade, identificado como portadora de maiores habilidades para os cuidados, neste caso

com a saúde/doença, assim como cuidado com as crianças, com os idosos, com a casa, etc. No entanto, as questões de gênero que permeiam o cotidiano das relações no trabalho do setor saúde, evidenciam a falta de condições igualitárias e equânimes entre trabalhadores mulheres e homens, sejam nas formas hierárquicas desse trabalho ou nas formas de dominação destas relações, que se acentuam de maneira diferente entre homens e mulheres⁴¹.

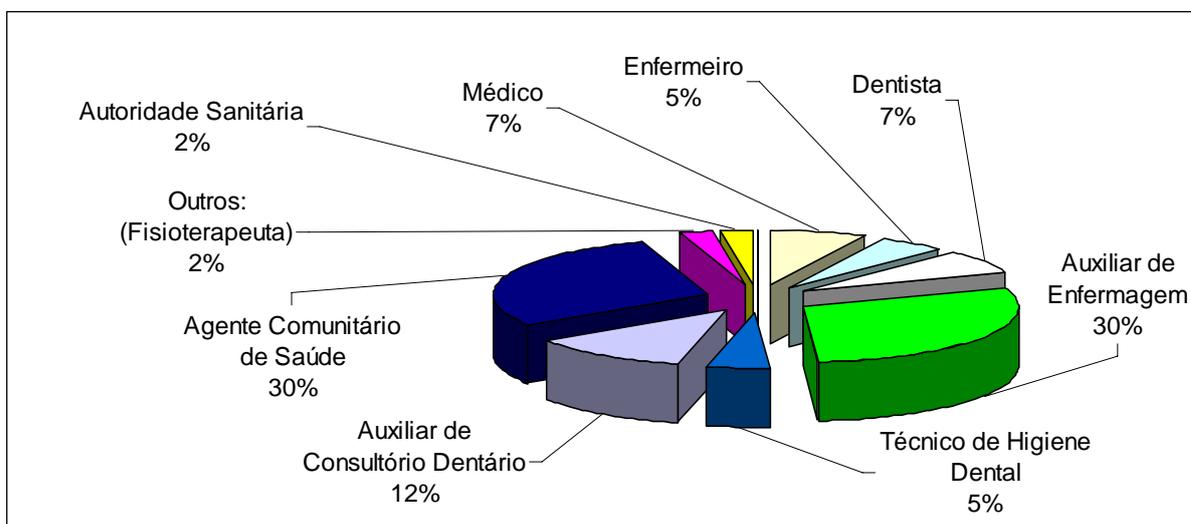
GRAFICO 1 – **SEXO** – UNIVERSO DA PESQUISA – Unidade Saúde da Família, Distrito Sanitário de Saúde – Curitiba/PR. 2007



A maioria dos profissionais do serviço investigado, cerca de 67% encontra-se nas faixas etárias entre 30-40 anos e 33%, nas faixas etárias de 41-50 anos. Dos 41 profissionais, 9 % são enfermeiros, 7% médicos, 7% dentistas, 29% auxiliares de enfermagem, 12% auxiliares de consultório odontológico, 5% técnicos de higiene dental e 29% agentes comunitários de saúde e 2% outros (inclui-se aqui o fisioterapeuta Distrital).

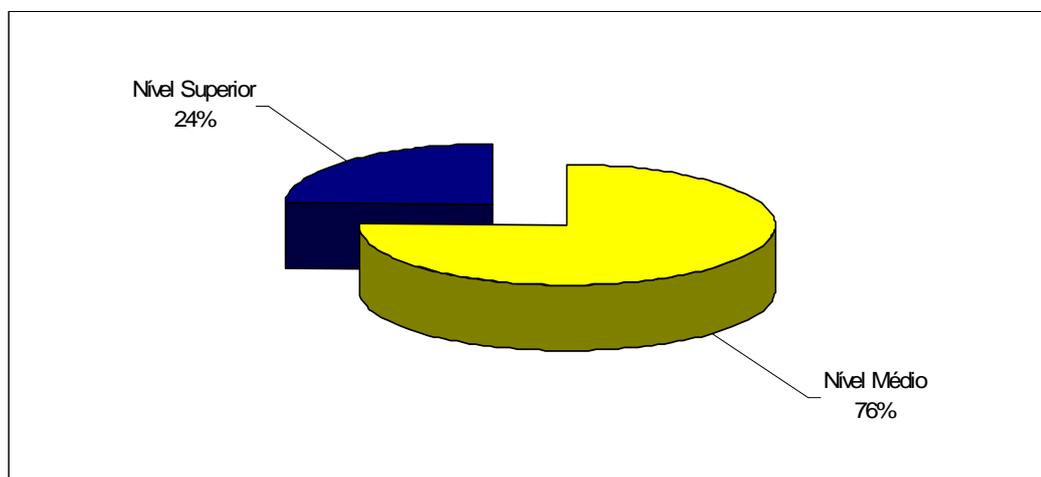
⁴¹ Para aprofundamento sobre o tema que destaca a presença da mulher nos cuidados em saúde. Ver: PASTORE & ROSA, As relações de gênero entre trabalhadores da área de saúde. Universidade de Passo Fundo.

GRAFICO 2 - CATEGORIA PROFISSIONAL - UNIVERSO DA PESQUISA –
 Unidade Saúde da Família, Distrito Sanitário de Saúde – Curitiba/PR. 2007.



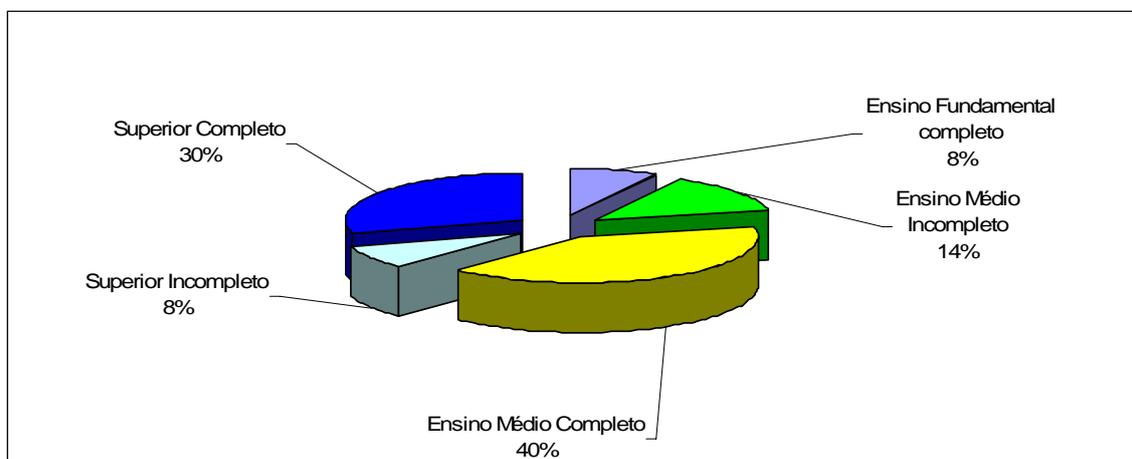
Desse total, os profissionais de nível médio correspondem a 76% do número total de trabalhadores de saúde no serviço estudado, enquanto os de nível superior correspondem a 24%. Este fato comprova os estudos de PEDUZZI & PALMA (1996), sobre a dinâmica da força de trabalho em saúde e que apontam, a partir de 1984, tendência à maior absorção de profissionais de nível médio (principalmente auxiliares de enfermagem), compondo o perfil de equipe de saúde, e desde esse período, mais diversificado e complexo, por já referirem também a presença de outros profissionais não médicos em maior quantidade.

GRAFICO 3 – PERCENTUAL DE NÍVEL MÉDIO E SUPERIOR DOS PROFISSIONAIS – UNIVERSO DA PESQUISA – Unidade Saúde da Família, Distrito Sanitário de Saúde – Curitiba/PR. 2007.



Com relação ao nível de escolaridade e formação profissional continuada, 8% possuem o ensino fundamental completo; 14% o ensino médio incompleto; 40% o ensino médio completo e destes, 4% está cursando também o nível superior. Quanto aos profissionais de nível superior, 33% são dentistas todos com especialização em Saúde da Família; 33% são médicos, e destes, dois médicos possuem especialização em Medicina de Família e Comunidade (PROFAM), e o terceiro profissional médico, referiu não ter tido oportunidades de receber formação em Saúde da Família até a presente data; 34% dos enfermeiros referem especialização em Saúde Pública, e um deles possui também especialização em Saúde da Família.

GRAFICO 4 – GRAU DE ESCOLARIDADE DOS PROFISSIONAIS – UNIVERSO DA PESQUISA – Unidade Saúde da Família, Distrito Sanitário de Saúde – Curitiba/PR. 2007.



Todos os profissionais de nível superior e médio, excetuando-se os Agentes Comunitários de Saúde, são funcionários públicos de carreira municipal, e que realizaram concurso público para o exercício do cargo, o que corresponde a 71,4% do universo dos profissionais da pesquisa, caracterizados por possuírem vínculo empregatício com o serviço público municipal, Prefeitura de Curitiba. Com relação à jornada de trabalho dos profissionais do universo pesquisado, 100% têm vínculo de 40 horas semanais.

O Universo é bem representativo quanto à experiência em Serviço Público com atuação em Saúde Coletiva, variando em torno de 74% os profissionais com 5 anos ou mais de atuação na área da Saúde Coletiva. Um dado interessante é que 40% dos profissionais ingressaram na unidade investigada quando a mesma transformou-se em PSF; 43% entraram no referido serviço, logo depois, no período de 2002 a 2006, para compor a equipe de trabalho do PSF, e apenas 17% já haviam trabalhado anteriormente em outras unidades de PSF.

GRAFICO 5 – ANO DE INGRESSO DOS PROFISSIONAIS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA – UNIVERSO DA PESQUISA – Unidade Saúde da Família, Distrito Sanitário de Saúde – Curitiba/PR. 2007.

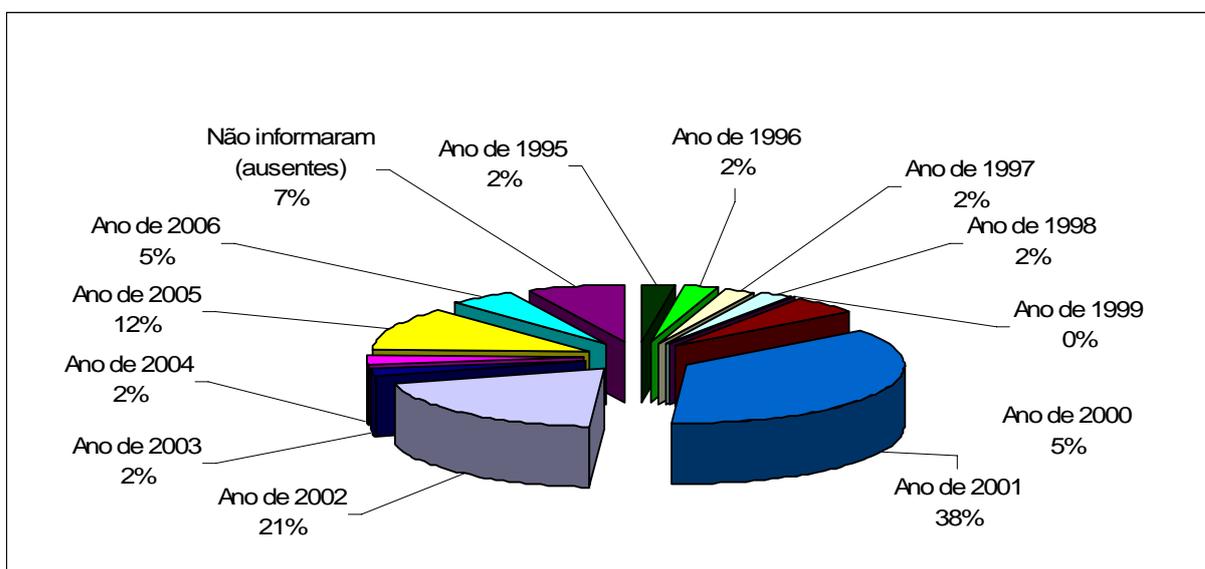
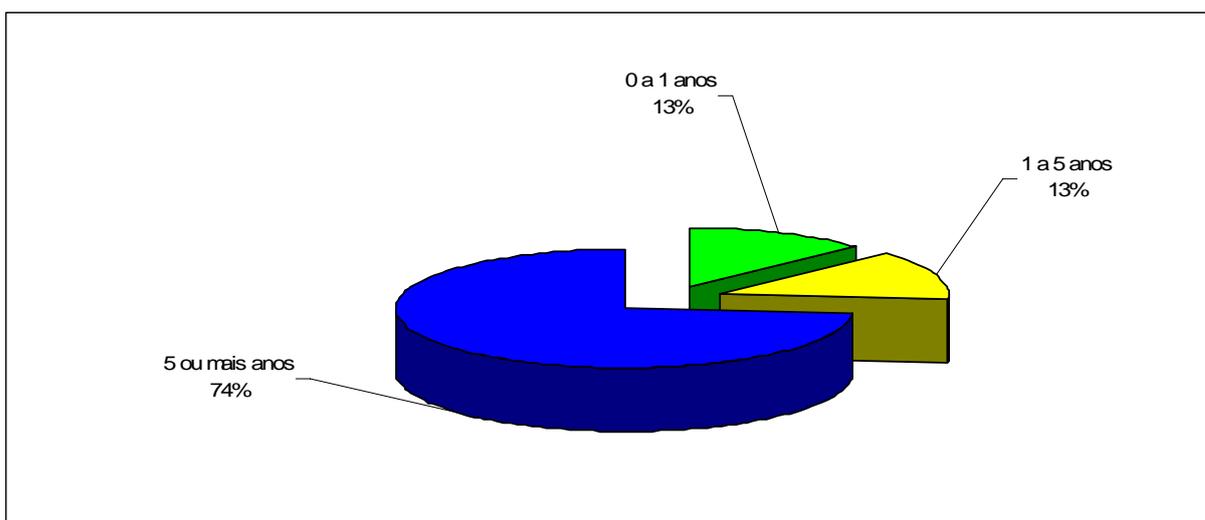


GRAFICO 6 – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NO SETOR SAÚDE E NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA – Unidade Saúde da Família, Distrito Sanitário de Saúde – Curitiba/PR. 2007.



A análise das questões abertas permitiu conhecer a representação e o entendimento que os profissionais/trabalhadores pesquisados possuem sobre o PSF. Com os achados, observou-se a coexistência de várias interpretações para o PSF indo desde uma visão ainda desagregada do contexto como um todo, na qual a

concepção de seu funcionamento está alicerçada em práticas que se mostram exclusivamente assistencialistas e excludentes, até a visão de que o programa seja para pobres, expressa em alguns depoimentos, revelando que, para alguns profissionais, a assistência pública é ainda estruturada somente para “os mais necessitados” e em área de risco.

Conforme o depoimento de um profissional de nível médio, respondendo à questão: “Na sua opinião “qual” usuário do SUS/PSF?”, este destaca:

Eu acho que as áreas de risco, primeiramente. Pois melhora o acesso à saúde das comunidades carentes, e é para os mais necessitados (...). Mas não vou dizer que quem está em volta dessa área de risco não deva ser também se necessário, atendido, com certeza, sim. Então, acho que a gente deve atender a todos, mas a prioridade mesmo são as áreas de risco (NM6).

Respondendo a mesma pergunta e na mesma direção o depoimento seguinte reconhece que o SUS e o PSF são para todos, entretanto, os mais necessitados devem ter a prioridade, destacando a focalização das ações básicas e da população carente, dando “mais para quem precisa mais”:

Acho que todos, sem exceção. Mas é claro, é como o(a) chefe fala em reunião, "devemos dar mais para quem precisa mais", assim, eu devo fazer mais para quem precisa mais. Digamos, que tem um conjunto ali, um condomínio de luxo, é lógico que se eu for fazer uma visita para eles vai ser diferente de eu ir visitar o Jorge, né, o Jorge precisa mais de mim, pois com certeza ele não tem condições de pagar nenhum serviço como o nosso sendo particular (NM7).

Essa concepção nos remete uma percepção reducionista de compreensão do SUS e do PSF. Sabemos que estes não foram criados para servirem como sistema e programa de saúde para pobres e excluídos, mas para ser o sistema de saúde de todos os brasileiros, de forma democrática e resolutiva, expressando qualidade, sendo eficiente e eficaz. Sabe-se também que, para a inserção do PSF se deve, num primeiro momento, respeitando o princípio da equidade, localizar-se em áreas onde há um acúmulo maior de necessidades. Entretanto, o modelo desejável é o universal, quando sua conquista como direito de todos vai depender da conscientização e mobilização de toda a sociedade na busca da ampliação do acesso aos serviços de saúde.

A visão de que o programa se ocupa exclusivamente de atividades preventivas também foi observada em muitos depoimentos. Geralmente essas ações são estruturadas a partir de visões mecanicistas, oriundas do modelo biomédico, e nos depoimentos elas se destacam quando há referências às ações desenvolvidas

na especificidade de cada profissão, em suas particularidades, trazendo para o contexto as ações curativas; nesse sentido, pode-se observar a resposta do profissional de nível médio respondendo à questão “Que atividades são mais freqüentes no cotidiano de seu trabalho com o usuário? (o que você faz, como, com quem e por que faz?). Descreva suas atividades de um dia de trabalho”:

É bastante cadeira né? A gente trabalha muito na cadeira. [...] Eu chamo na cadeira o atendimento de procedimentos que só podem ser realizados na cadeira aqui dentro da clínica. São raspagens, profilaxia, celantes, fluor, é no nível da prevenção. [...] atua preventivamente, visando a mudança de hábitos... [...] O THD trabalha mais na parte preventiva, e na curativa é o dentista, pois são procedimentos que necessitam anestesia; é mexer no dente com a broquinha em alta rotação. Não é função nossa essas atividades. Nós até podemos colocar um ionômero na boca do paciente, desde que o dentista indique, e isto com a supervisão dele sempre (NM7).

Para a mesma questão, outro profissional de nível médio destaca a presença marcante das atividades de caráter curativo em detrimento das atividades de caráter promocional e preventivo de saúde:

Gosto muito da enfermagem curativa, mas sei que geralmente, o que a gente faz aqui, são ações preventivas, mas também a gente tem algumas coisas que a gente tem que fazer na área curativa também né? Eu acho que aqui somos um pouco de um pronto atendimento (NM5).

Já para o profissional NM6, a questão suscita as atividades de educação em saúde e visitas domiciliares. Entretanto, observa-se, na colocação abaixo, que existe uma certa confusão conceitual explícita, reduzindo o conceito de promoção de saúde às atividades preventivas, muitas vezes realizadas dentro da própria especialidade da profissão.

No trabalho [...] as atividades mais freqüentes são as palestras. Ensinamos muito a técnica de escovação e a higiene bucal. Fazemos também a raspagem; acho que isso contempla o que a gente faz aqui [...] o que amplia o conceito de prevenção.. Isso a gente faz todo dia. E a gente também vai nas casas, como em alguns PSF's. [...] Nós fazemos também ações preventivas, mas só nas creches, escolas, ou seja, nos equipamentos sociais da Prefeitura. A gente faz promoção de saúde, sempre visualizando a prevenção de saúde. Ou melhor, a gente faz a prevenção pra promoção na saúde. E lógico que se a pessoa precisa de um curativo, faz-se o curativo, pois tem que ter a parte do curativo né? Não tem como (NM6).

Os pilares de sustentação das ações do PSF são as abordagens de vigilância a saúde, as quais integra prevenção da doença e promoção da saúde à participação e ao controle social. Nesse sentido, a promoção da saúde pretende ser um novo modo de compreender a saúde e a doença e um novo modo de os indivíduos e de as coletividades obterem saúde e autonomia. A promoção, diferentemente da prevenção, caracteriza-se por um conjunto de intervenções que tem como meta a eliminação permanente ou pelo menos duradoura da doença por buscar atingir suas

causas mais básicas, voltadas ao enfrentamento dos problemas sociais, visando a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, e não apenas evitar que se manifestem, como no caso da prevenção (BUSS, 2000). No entanto, uma hipótese para essa confusão conceitual acima referida talvez represente uma “herança” da visão multifatorial da História Natural da Doença, onde promoção é a atuação pré-patológica.

A educação em saúde deve ser uma atribuição central nos processos de trabalho no PSF, devendo ser utilizada em todos os momentos de intervenção coletiva dos trabalhos da equipe multiprofissional de forma a proporcionar e favorecer as intervenções de promoção da saúde.

Em outros depoimentos, quando perguntado sobre que ações são mais freqüentes no cotidiano do trabalho no PSF, alguns apontam as ações de atendimento aos programas pré-estabelecidos pelo serviço; outros focam que os atendimentos à demanda estão centrados em consultas médicas; outros citam a recepção, triagem e os procedimentos típicos da assistência de enfermagem no dia-a-dia dos serviços; em outros depoimentos as ações de Vigilância à Saúde são contempladas numa abordagem ampla, de compreensão individual e coletiva, e atividades de educação em saúde. É o que pode ser constatado nos depoimentos dos entrevistados(as) NS1, NS2, NS3 e NM10 a seguir:

As atividades mais freqüentes são os atendimentos clínicos mesmo em cadeira, voltados mais para o curativo. A parte preventiva a gente faz mais nas escolas (NS2).

As atividades mais freqüentes no trabalho [...] é o atendimento a demanda mesmo, a única diferença é que aqui (no PSF) o atendimento torna-se global (NS3).

É o atendimento aos programas. Nós procuramos desenvolver sempre junto aos pacientes de nossa microárea, assim, cada um atende seus pacientes. Então, a gente tem programa nas escolas, nas creches e tem os ‘de risco’ das áreas, que às vezes a gente vai fazer visitas em casa, são os pacientes acamados, pacientes dos programas de hipertensos e diabéticos, que a gente procura atender nos agendamentos nos dias da microárea de cada um, para que o vínculo com eles seja feito da maneira mais correta, facilitando o acompanhamento do paciente (NS1).

(...) algumas situações, tipo assim, formação de grupos de pessoas de nossa área para orientarmos sobre ações específicas de acordo com o que encontramos de problemas, de riscos na comunidade, ultimamente nós temos dado bastante importância. E [Fulana] gosta muito de fazer educação em saúde com a comunidade, e eu também sou muito a favor, acredito mesmo nessa abordagem, afinal devemos usar nossos conhecimentos, pois sabemos um pouco a mais que as pessoas que nos procuram aqui na unidade, assim devemos usar para ajudar as pessoas de acordo com a realidade que eles vivem, com os problemas delas, enfim, com a realidade de vida, saúde e doenças delas, se é que queremos que as pessoas sejam responsáveis também pela qualidade de vida delas...(NM10).

Por sua vez, os entrevistados(as) de nível médio (NM5) e NM10 destacam a necessidade de atuar de modo cooperativo e de certo modo, multiprofissionalmente:

Ultimamente mesmo na recepção fico auxiliando o atendimento no corredor também pra não ficar aquele tumulto, tem um pessoal que está na coleta, mas vai fazer também inalação, vacinas, certo? Assim, ajudo as meninas da coleta, da triagem e faço a recepção. Mas fica sempre uma de nós na recepção. (NM5).

Eu estou acostumada a auxiliar até a equipe da odonto. Não sei quantas vezes o dr. Fulano já veio até a mim e pede, verifique a temperatura dele pra mim, ou verifique a PA, ou até mesmo, chega até a gente pra saber isso e isso daquela família que ele está atendendo... nossa, muitas vezes (NM10)

É importante destacar as prioridades conferidas à atividade fim (o atendimento às pessoas) em detrimento de ações/meios (a parte administrativa) conforme evidenciado no depoimento abaixo:

Eu acho que eu tenho dois focos: um é o atendimento às pessoas, que eu priorizo, No primeiro, o atendimento às pessoas na unidade que me procuram, sejam através de agendamentos da demanda, ou seja, as pessoas de livre e espontânea vontade. O agendado, sempre procuro atender primeiro, acolher aquela pessoa, e o outro é a parte administrativa, é o lado administrativo, que eu deixo para segundo plano, mas é um foco também. [...] mas tudo isso faço com foco da Vigilância à Saúde (NS5).

Resgatando a temática até aqui abordada, temos a concluir que a focalização das ações no PSF, pelas narrativas acima, assume o caráter de inclusão de grandes parcelas da população tradicionalmente alijadas do acesso a um mínimo de assistência e garantias sociais. No entanto, é imperativo que as ações focais estejam integradas a uma política mais ampla que forneça suporte social, garanta direitos universais e que permita aos diferentes grupos sociais o desenvolvimento de suas capacidades, pois caso contrário, tais ações acabam por reproduzir desigualdades e reforçar a segmentação social.

Sabe-se ainda ser recente o processo de implementação do PSF, sobretudo se levarmos em conta sua implantação na maioria dos municípios brasileiros, porém, isto não pode impedir que pesquisas sejam desenvolvidas na perspectiva de contribuir para o debate acerca dos limites e alcances do programa quanto a universalizar e focalizar os segmentos prioritários, ultrapassando as abordagens restritas e homogêneas que não consideram as pluralidades locais.

Os depoimentos mostram evidências de que, apesar de os profissionais saberem que a estratégia Saúde da Família se constitui numa forma de ação diferenciada, boa parte deles ainda não consegue realizar uma atuação diversa daquela prescritiva, individual e unidirecional, focando a cura. A ação curativa e

individual deve fazer parte das ações nesse programa, entretanto, não devem ser a principal nem a única atividade desses profissionais. Uma hipótese de não conseguirem realizar uma atuação diversificada da prescritiva, individual e unidirecional se deve a formação básica inicial em saúde, que mantém os ranços do modelo biomédico de formação em saúde. Outra hipótese seja talvez pela conveniência dessa atuação, uma vez que, sendo prescritiva, exclui a co-responsabilidade direta pelo ato em si eximindo dessa forma a responsabilidade profissional; ou ainda, pela pura conveniência da não reflexão pelo ato / cuidado a ser prestado, realizado.

Segundo documentos oficiais do MS, o PSF deve priorizar as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, sadios ou doentes, de forma integral e contínua; desse modo, saindo do atendimento tradicional, este programa tem como princípios a universalidade e equidade da atenção, e a integralidade das ações, voltadas à permanente defesa da vida do cidadão. Nesse sentido, constata-se uma evidência importante, há um distanciamento entre o estabelecido nas determinações oficiais do MS e a realidade encontrada.

4.2 Os eixos da análise empírica: as Categorias e Temas

Os eixos de análise seguiram semelhante conformação aos eixos das perguntas na entrevista. Foram destacados três eixos de análise seguidos de temas geradores que emergiram das análises dos dados empíricos.

4.2.1 Eixo I: Processo de Trabalho

a) O Trabalho de cada um

A unidade de saúde investigada tornou-se PSF no ano de 2001, e conforme os depoimentos NS3 e NM8, essa transformação deu-se “de um momento para o outro”:

E então, eu trabalhava nessa mesma unidade de saúde há três anos, quando de um dia para outro ela se transformou num PSF. Em quatro dias foi definido que ela mudaria, fariam as entrevistas e mudou (NS3).

Foi tipo assim ficamos sabendo num dia, e no outro dia (o)a do Distrito veio já avisando pra onde cada um tinha que ir. Mas todos tiveram a oportunidade de participar da entrevista. Todo mundo, todos, todos. Não ficou ninguém de fora (NM8).

Através desses depoimentos fica caracterizada uma implantação do modelo Saúde da Família dissociado de discussão coletiva com os profissionais diretamente implicados, fato que também justifica outros depoimentos como veremos mais adiante quando será abordada a forma de inserção desses profissionais na unidade investigada, demonstrarem insegurança e incertezas a respeito do programa.

Os profissionais de saúde que compõem o universo da pesquisa são contratados por concurso para cargo efetivo de carreira no serviço público municipal⁴², excetuando-se os Agentes Comunitários de Saúde que são contratados celetistas por carteira assinada pela Fundação Assistência Social (FAS/ Prefeitura de Curitiba)⁴³. As relações contratuais de trabalho, ao lado da não garantia dos recursos orçamentários, trás de certa forma uma fragilidade e insegurança ao programa e aos profissionais que nele atuam, em especial aos agentes comunitários de saúde.

No que se refere à jornada de trabalho, os profissionais do PSF cumprem uma carga horária de oito horas diárias e 40 horas semanais. Alguns profissionais de nível superior referem manter atividades de consultório após o cumprimento da carga horária no PSF. É histórica a inserção dos profissionais de saúde em diversos locais de trabalho, e neste sentido suas cargas horárias diárias de trabalho excederem às 8 horas diárias. Entretanto, manter o consultório reflete a busca por mais ganhos salariais, no entanto, se este profissional mantém essas atividades em consultório após suas atividades de 8h de trabalho no PSF, do ponto de vista das relações de trabalho, precariza suas condições de vida pessoal e de trabalho, e ele se encontra trabalhando em dupla jornada. O depoimento abaixo reflete nosso comentário:

[...] hoje tenho meu consultório particular, a minha vida é uma loucura, uma correria! (NS2).

⁴² O vínculo trabalhista estabelecido para os profissionais/trabalhadores no Programa Saúde da Família da Prefeitura de Curitiba, excetuando os Agentes Comunitários de Saúde, o servidor é estatutário, de cargo efetivo de carreira no serviço público municipal, em regime de 20 e 40 h semanais; Para o PSF, médicos e dentistas com dois padrões de 20 h semanais. Os Agentes Comunitários de Saúde são contratados celetistas pela Fundação de Ação Social (FAS) / Prefeitura Municipal de Curitiba.

⁴³ A FAS, na estrutura da Prefeitura Municipal de Curitiba, é gestora e articuladora da Política de Assistência Social do Município, que os contrata através do Instituto Pró-Cidadania de Curitiba, uma ONG criada em 1993, mantida com recursos da venda de Vales-Creche, do "Lixo que não é Lixo", de produtos da rede de lojas Leve Curitiba e de importados apreendidos pela Receita Federal no município de Curitiba. Para mais detalhes sobre o assunto consultar página Internet site da Prefeitura de Curitiba sobre a Fundação de Assistência Social (FAS) disponível em: www.curitiba.gov.br.

Vale mencionar também que os profissionais que atuam no Programa Saúde da Família recebem uma remuneração diferenciada daqueles que atuam em outros níveis e setores da Atenção Básica, fato que se constitui em forte atrativo ao programa; entretanto, está comprovado que esse diferencial salarial nem sempre garante a fixação do profissional ao programa. Silva & Trad (2005) referem que isto se deve a fatores como insatisfação com as condições de trabalho; deficiências no processo de capacitação; e educação descontínua e infra-estrutura deficitária provocando uma alta rotatividade desses profissionais e prejudicando significativamente a consolidação do SUS.

Contudo, a explicação dada pelo mesmo entrevistado(a) para a manutenção de suas atividades em consultório particular após o cumprimento de 8 horas de trabalho no PSF é de que o consultório o estimula e o obriga a manter-se sempre em aperfeiçoamento e atualização, contribuindo para a qualificação da assistência prestada, devido principalmente ao fato do profissional ter a garantia do salário no final do mês:

Eu quero saber na prática, o que tem de melhor dos avanços da odontologia para que eu possa informar a meus pacientes. O consultório particular te obriga a estar em dia com essa parte. Então a motivação maior da gente trabalhar aqui na prefeitura é que, claro que tem a motivação do teu serviço ser garantido financeiramente, pois você tem um retorno garantido e certo no final do mês. Dessa forma você fica mais à vontade para fazer cursos fora, pois você sabe que trabalhando, estando na clínica ou não o teu salário vem no fim do mês. Então, eu acho importante você ter as duas coisas, para você se sentir valorizado e ao mesmo tempo estimulado a se atualizar sempre (NS2).

Suscita preocupação a observação contida nesse depoimento de que a possibilidade de 'atualização' profissional está fora do âmbito de atuação no PSF; considerando que a atualização de recursos técnicos/tecnológicos e de capacitação/formação profissional adequados são requisitos importantes para a qualidade do serviço, fica em questão a qualidade desse serviço que se pretende universal, integral e universalizado.

Essas abordagens podem também nos induzir a pensar que os profissionais não consideram o trabalho no PSF como atividade principal; assinala uso da máquina pública, além de perceber o serviço público enquanto setor desvalorizado.

Os muitos empregos são relatados como uma verdadeira peregrinação até o ingresso no serviço público. Isto reflete a busca por estabilidade no trabalho, fato que está presente na fala dos profissionais de nível superior e em grande parte dos

profissionais de nível médio, quando relatam sua história pessoal e profissional até seu ingresso no setor saúde após finalização de cursos de formação inicial, graduação e nível médio/técnico. Os depoimentos NS1, NM2 e NM5 a seguir, são elucidativos desses percursos profissionais e da fragilidade das relações contratuais de trabalho, que afetam a história de vida e o cotidiano dos profissionais do PSF:

Logo que me formei comecei a trabalhar e já entrei no Exército, pois tinha feito adiamento de serviço e fiquei como dentista do Exército por um ano. Depois, eu tive a oportunidade de continuar lá, mas preferi não continuar. Isso foi em 1992. De 1992 até 1993, eu trabalhei em Araucária no [...], onde já havia trabalhado meu pai por muitos anos, e no consultório dele também, meu pai é dentista também. E depois, em metade de 1993 eu passei ao mesmo tempo no concurso da Prefeitura de Curitiba e do [...]. Isso ocorreu de 1993 até 1998, pela manhã eu trabalhava na Prefeitura, à tarde no Sesi e logo após, ia para o consultório. Fazia três turnos de trabalho (NS1).

Eu trabalhei antes em clínica particular odontológica durante 7 anos, aonde eu fazia de tudo: era administrativo, era auxiliar, tudo. Mas antes disso trabalhei como digitadora, babysiter, pois na verdade eu comecei com 14 anos a trabalhar (NM2).

Comecei a trabalhar em enfermagem hospitalar, daí trabalhei em alguns hospitais de Curitiba, no hospital [...] e no Hospital [...]. Depois eu saí de Curitiba, fiquei um ano, na cidade de [...], e lá trabalhei no [...], na época eu era casada e meu marido havia sido transferido para lá, daí acabei indo junto. [...] Em 1998, prestei o concurso pra prefeitura de Curitiba e me chamaram para trabalhar em 2000, né? Antes disso, eu trabalhei de babá, de vendedora, né? (NM5).

Quanto ao processo de seleção para ingresso no PSF estudado e quanto à aplicação de teste seletivo/concurso para tal, os profissionais referem que participaram de um processo seletivo interno na instituição realizado através de entrevistas; Dos entrevistados(as), apenas um profissional referiu ter realizado prova escrita como concurso interno para seu ingresso no programa Saúde da Família fato que revela um certo grau de concorrência no acesso.

A prova foi realizada no [...]. Passei em décimo primeiro lugar, mas não sei o quê aconteceu, se foi desistência de pessoas, mas fiquei em nono lugar, nem me lembro mais. (NS5)

Todos os demais referem apenas ter participado de uma entrevista no momento em que a unidade se ‘transformou’ em programa Saúde da Família. Isto revela tanto uma certa ‘informalidade’ quanto uma acomodação às contingências do processo, é o que está refletido nos depoimentos NM8, NS3 e NS6:

[...] aí teve um concurso interno pra cá, pois estava passando a ser PSF, eu fiz o concurso interno, não havia ainda provas, apenas respondíamos a um questionário, passávamos por uma entrevista e éramos selecionados ou não. Fui uma das selecionadas e vim trabalhar aqui em dezembro de 2001 e estou até hoje (NM8).

Quando aqui virou PSF, eu não tinha nem tempo na época para fazer PSF, porque estava com consultório e tudo, mas (o)a chefe do Distrito, me disse: “você vai ficar” e eu: “não vou ficar, não posso, não tenho condição de ficar oito horas aqui na unidade e não tenho condições, pois tinha hospital [...] tinha o hospital e tinha consultório, e ainda que o hospital fosse plantão, era tranquilo para mim; mas eu tinha o consultório à tarde, atendia três vezes por semana na época no consultório. Na época isso ficou tudo meio confuso e inseguro para

mim. Daí ela falou: mas você vai ficar, você vai ficar... E eu dizia: Mas eu não tenho o perfil para ficar, eu não sei atender adulto [...] eu não tenho paciência para atender gente grande. [...] Não, não, não, você vai ficar sim, quero que você faça uma experiência e depois você me diz. É como se eu quase não tivesse tido opção mesmo, ela não me deixou. Espera um pouco, se você não se adaptar depois a gente conversa de novo e assim, acabou que eu fiquei e já tenho quase concluído cinco anos. Foi isso que aconteceu (NS3).

Esse ingresso foi uma entrevista e eu tive, apesar de ter muito receio inicialmente de trabalhar no PSF, pois achava que não ia mais ter jeito de trabalhar com adulto [...] e o trabalho que eu vinha desenvolvendo até ali, era um trabalho que não me deixava satisfeita profissionalmente. Eu costumo dizer que “caí de pára-quedas no PSF” (NS6).

Podemos inferir, então, com base nos depoimentos, que o processo de inserção no PSF foi permeado de incertezas; é o que se percebe nos depoimentos a seguir, que refletem o desconhecimento ainda recente da proposta do programa por profissionais e gerentes e, sobretudo, certa fragilidade institucional. No entanto, observa-se, pelo que comenta o entrevistado(a) NS1, que a garantia de continuidade do trabalho (e uma certa “estabilidade profissional”) e um maior esclarecimento sobre a proposta e perenidade do PSF foram atrativos justos para a motivação ao ingresso:

Quando eu tive a primeira oportunidade de trabalhar no PSF eu não sei se eu não estava preparado, ou por não conhecer exatamente a proposta deste programa é que eu não entrei, mas a partir do momento que você passa a conhecer a proposta, vendo que é uma coisa séria, e que pode dar continuidade ao trabalho, você acaba assumindo aquilo e participando também. Daí, em 1998 tive novamente a oportunidade de trabalhar no PSF e vi que era mais tranquilo trabalhar num só lugar e deixar de tanta correria. Eu já estava mais inteirado de como era o programa, sabia qual era a proposta e tudo, sabia que era uma coisa realmente séria e que não era uma situação que iria iniciar e já acabar. Eu estava também mais seguro e fui aos poucos descobrindo e aprendendo a fazer o PSF (NS1).

Por outro lado, vê-se que o desconhecimento sobre o programa é, por sua vez, motivo de insegurança, conforme os dois depoimentos a seguir:

Mas eu estava infeliz como pessoa, então eu resolvi aceitar o desafio de fazer o tal PSF. E tinha vários colegas de profissão que já estavam fazendo, e falavam que não era o bicho de sete cabeças que parecia ser, então eu decidi... (NS6).

Quando começou a surgir os PSF's na prefeitura, eu ia tentar trabalhar no PSF, [...] mas quando pensei em ir, desisti porque o meu chefe na época, [...] ele era dentista, me disse que eu não devia ir, pois segundo ele, não se sabia o que se pretendia fazer com o PSF ainda, daí eu fiquei com medo e deixei a idéia de lado. Mas ele dizia: “Olha, vê o que vocês vão fazer porque esse negócio é meio arriscado e não sei o que... Ele dizia a todos que queriam ir para o PSF a mesma coisa”. Daí, ele me pôs medo, e eu desisti. Até uma amiga minha que foi, ele pôs medo, sabe?! “Vocês vão ver que é mais complicado que na unidade básica...”. [...] Quando aqui se tornou PSF, fiz a entrevista e passei. Ai, que nervoso aquele dia, sabe? É o pior que aqueles que tiveram que sair viravam para mim e diziam: “Ai, estou com pena de você”. Olha, eu fui embora daqui apavorada! Por um momento eu passei a não querer mais ficar no PSF, sabe? Eu não sei porque eles falavam de uma maneira tão ruim, não sei porque metiam esse medo na gente. Mas era geral, todo mundo dizia a mesma coisa... Gente, eu fiquei apavorada! Comecei também a chorar, chorar... [...] Então, quando o pessoal novo chegou, e como eu não conhecia ninguém, apenas sentei num canto e fiquei

quieta, confesso que eu fiquei meio assim sabe.... Só que no outro dia eu fiquei doente. Eu tive uma convulsão, acho que o nervosismo do dia anterior que provocou essa situação (NM1).

Uma hipótese para essas colocações talvez, também seja reflexo da precariedade do processo de implantação do PSF desprovido de amplo diálogo e discussão coletiva com a comunidade a ser assistida e com os profissionais envolvidos, que gera receio de ser modismo. Uma outra é o processo de inclusão no PSF relatado, também denota a falta de perfil esperado, gerando incertezas.

No que diz respeito ao perfil esperado para o PSF, as bases conceituais do programa de certo modo tornam-se orientadoras para definir o perfil do profissional para o trabalho na Atenção Básica, aliados a grande diversidade de situações relacionadas à organização do processo de trabalho em equipe multiprofissional.

Destacando os principais pontos dessa categoria, podemos constatar que a implantação do PSF investigado deu-se dissociado de uma discussão coletiva com os profissionais diretamente implicados, fato que justifica discursos que manifestam inseguranças e incertezas quanto a implantação da proposta do PSF. Além disso, o processo de inclusão dos profissionais relatado, denota também a falta de critérios para alcançar o perfil esperado para o desenvolvimento das ações em Saúde da Família. É importante destacar que estes aspectos causam impactos diversos na configuração e efetividade do programa, apresentando grandes conseqüências para o bom desempenho do trabalho das equipes multiprofissionais voltados para a integralidade e resolutividade das ações, e a formação de vínculos com a comunidade adstrita e a co-responsabilidade nas ações do programa.

b) Organização do Processo de Trabalho

Quando solicitado que descrevessem suas atividades de um dia de trabalho junto aos usuários do PSF, os depoimentos referem que o atendimento à demanda é a atividade central no PSF, chegando mesmo a constituir-se quase como a “razão de ser” do trabalho na unidade pesquisada, seja como objeto de trabalho ou resultado do processo de produção em saúde. No entanto, tal dimensão em certos depoimentos apresenta-se como fator impeditivo de interação dos profissionais; ora é indutora das atividades realizadas pelos trabalhadores ora aparece como causadora de estresse aos trabalhadores devido à sobrecarga de trabalho.

No entanto, uma hipótese importante com relação ao aumento da demanda usuária para a US pode ser aqui construída. Se por um lado ela trás desgaste e correria no dia-a-dia do trabalho, por outro ela pode ser um indicativo de que o PSF e a atuação de seus profissionais estão sendo reconhecidos e requeridos pela comunidade assistida.

Os depoimentos NS6 e NM1 referem-se à visita domiciliar X atendimento à demanda. Sabemos que nas unidades de PSF a visita domiciliar é um diferencial na assistência da Atenção Básica trazendo resultados inovadores, uma vez que possibilita conhecer a realidade do usuário e de sua família *in loco*, contribuir para a redução de gastos hospitalares, além de fortalecer os vínculos usuário – terapêutica – profissional. É um dos instrumentos mais indicados à prestação de assistência à saúde, do indivíduo, família e comunidade e deve ser realizada mediante processo racional, com objetivos definidos e pautados nos princípios de eficiência. As visitas devem ser realizadas pela equipe multiprofissional em sua área adstrita, devendo ser uma atividade previamente programada e direcionada a situações especiais, nas quais são necessárias intervenções técnicas dos profissionais da equipe.

Os depoimentos NS5 e NM1 referem-se ao “pouco tempo” disponível para a realização das visitas domiciliares em área como uma dificuldades enfrentada pela equipe ao desenvolver o trabalho de campo. O tempo para realização das visitas domiciliares por equipe nas microáreas é de duas, no máximo três horas, uma vez por semana; e após a realização dessas visitas domiciliares, os profissionais devem retornar à Unidade de Saúde para dar andamento no atendimento à demanda de usuários diária presente na Unidade de Saúde; isto se deve ao fato de que o contingente mínimo de trabalhadores que permaneceram no serviço não conseguem dar conta do atendimento desta.

Dentro das visitas domiciliares então devemos ter um olhar histórico sobre a situação, de compreensão daquela realidade com a anterior sobre aquela mesma família ou pessoa; muitas vezes é paciente novo, receitas ou tem que preparar um encaminhamento antes de ir para aquelas visitas (...) Pois às duas horas devo estar saindo com a equipe, devendo estar de volta às quatro. Então eu deveria ter tido tempo de preparar a equipe, estudar o caso para melhor intervir, ajudar, cuidar mesmo deles. Mas o nosso tempo é reduzido antes e depois das visitas. E quando a gente volta, eu teria que registrar as visitas que realizei; só que muitas vezes, assim que você chega na unidade, não tem sala para você usar com a equipe e reconduzir a situação visitada, pois normalmente a sala está ocupada com um outro profissional, e não tem computador livre. É a primeira coisa que devemos fazer, verificamos as pendências ou se tem uma coisa muito pendente para fazer, então devemos parar na recepção e no computador mesmo da recepção já tentar resolver essas pendências para encaminhar se necessário, buscando resolver a situação. Mas sempre que você volta tem

sempre uma demanda enorme para você atender, um pede uma coisa, outro pede outra, daí há pouco tempo... para resolver as pendências que trazemos da visita. Todas as visitas que eu faço, exceto em casos que não tem jeito, quando não dá para ir um grupo maior de profissionais, vai eu, o auxiliar enfermagem e o agente comunitário da área; outras vezes, mais raras, a gente consegue ir com um profissional da odonto, um auxiliar de enfermagem, o agente comunitário e eu. Outras vezes, vai eu e o agente comunitário, e já teve casos que o agente comunitário não vai, vou eu com o auxiliar, mas eu nunca vou sozinha (NS5).

E que eu saiba, a equipe da área devia sair completa para as visitas e não apenas alguns profissionais. Entretanto, no dia de visita na microárea a equipe sai por duas ou três horas apenas, para fazer algumas visitas domiciliares. Mas às quatro horas, todos os profissionais já retornam para a unidade para dar seqüência ao atendimento a demanda do dia, pois quem fica nunca consegue dar conta sozinho (NM1).

Os dois depoimentos que seguem referem-se também à demanda, e deixam duas situações claras: na primeira percebe-se a organização do processo de trabalho voltada para o atendimento à demanda, fato que mais uma vez mostra evidências desta como objeto de trabalho; na segunda, além do atendimento à demanda, esta demanda é responsabilizada pela falta de interação entre os profissionais no dia-a-dia do trabalho:

Chegando aqui eu comecei toda a organização do sistema de trabalho em si, o cadastramento dos programas da unidade, organizando as rotinas das equipes, pois era muita mistura. O processo de trabalho mesmo era muito confuso, ora uma equipe fazia uma coisa, ora outra equipe. Tinha algumas coisas organizadas, mas o acompanhamento dos programas da criança, da mulher, do hipertenso, do diabético, não havia praticamente nada estruturado. Os acompanhamentos dos programas, dos horários, das equipes, período das visitas na área, hora de reunião, tudo isso eu fui complementando, com uma rotina mais própria do PSF, sabe? Estabeleci o atendimento à demanda pela manhã, pois o fluxo está cada vez maior, e os programas passaram a ser realizados no período da tarde; estabeleci as visitas domiciliares à tarde, a rotina de reunião coletiva na sexta-feira, certo? E tudo mais. [...] A demanda é muito grande e você vê que está sempre aumentando, a nossa microárea aumentou por demais. (NS5).

A demanda aparece como sobrecarga de trabalho e dificuldade de interação entre os profissionais em equipe para NS1:

Chego por volta das sete e meia da manhã, e daí corro o dia todo para dar conta da demanda. Estamos sempre correndo para dar respostas à demanda. [...] Durante o atendimento de demanda, no pronto atendimento, realizado pela manhã as situações de contato com os colegas de trabalho tornam-se limitadas mesmo, e obviamente a questão da interação torna-se prejudicada mesmo. [...] Assim no período da manhã, onde cada um está atendendo a sua demanda, dando sua resposta pessoal e profissional a sua demanda, não temos muito tempo para trocar para interagir, embora seja necessário, eu concordo. Já no período da tarde, quando vamos atender alguns programas, você acaba interagindo com toda a equipe isto porque o atendimento a programas é um pouco mais tranquilo do que no atendimento a demanda pela manhã. O paciente vai estar com mais freqüência na unidade, onde se pode dispensar uma atenção maior ao paciente e você pode fazer essas trocas e vínculo com a equipe médica e de enfermagem. [...] A equipe até funciona, mas em virtude até da demanda bastante grande e da correria do dia-a-dia, esse contato maior entre os profissionais fica um pouquinho aquém né? Ficamos bastante envolvidos na parte clínica tentando dar conta do atendimento ao usuário, e acabamos por ser prejudicados em nossa interação com os membros da equipe (NS1).

Frente as duas narrativas acima, podemos traçar algumas hipóteses para esta situação. Uma primeira hipótese poderia estar vinculada à grande carga de trabalho dos profissionais, exclusivamente voltada para o atendimento as demandas mais emergenciais. Desta hipótese deriva uma segunda possibilidade e que se pode perceber em relação aos objetivos do PSF, na materialidade, é a predominância de iniciativas relativas à organização do processo de trabalho que priorizam o atendimento e relegando objetivos tão importantes quanto a demanda, como a interação e a multiprofissionalidade da atuação a esferas de menor importância, ou até mesmo desprezando-as totalmente.

Uma terceira hipótese, a qual talvez demanda uma maior atenção, refere-se ao conceito de interação em equipe interpretado pelos profissionais. De modo geral, pudemos perceber que, para estes, o conceito de interação está diretamente ligado a uma noção de integração do grupo. Como consequência, na percepção dos profissionais, no cotidiano do seu trabalho eles exercem práticas de modo interacionista, contudo, estas mesmas práticas estão adstritas a um trabalho que ocorre num espaço formado por um conjunto de pessoas cujas atribuições são tarefas multifunções.

Mas o que eu vejo hoje não está bem assim: às vezes tem múltiplas pessoas, com múltiplas funções trabalhando juntas, mas sendo *puxadas* na verdade, *para serem feitos aqueles trabalhos, porque elas estão se sentindo tolhidas e sobrecarregadas.* (...) às pessoas lidam com isso como se fosse um campo de treino, que podem colocar os personagens assim onde eles querem e o time tem que jogar. E eu não acho isso legal porque as pessoas não vieram preparadas para serem times de treino, vieram preparadas para serem pessoas, para desenvolver suas habilidades profissionais. Então, sinto que a equipe nesse sentido também, um pouco resabiada e administrativamente ela está muito justa, então, não tem para onde escapar (NS6).

O depoimento seguinte mostra evidências quanto ao foco da organização do processo de trabalho nas unidades de saúde, que devem priorizar o atendimento a demanda, tendo em vista pesquisa de satisfação do usuário realizada pela instituição:

Na avaliação de satisfação do usuário realizada pela secretaria observou-se (na avaliação), que a gente precisava melhorar a satisfação no que se refere ao atendimento do cidadão e o tempo de espera e a otimização das agendas dos profissionais (NS7).

A demanda espontânea do usuário também se mostrou indutora das atividades realizadas pela equipe. É o que nos mostra a narrativa que segue:

Como falei para você, a demanda está bastante grande ultimamente, e temos tido bastante trabalho. Mas em geral é assim: o paciente chega e daí ele tem uma demanda pessoal em relação à saúde ou mesmo de sua família, né, e daí é que vai ser tomado uma decisão com relação à questão, qual atividade que vai se fazer, se vai ser feita uma consulta, se vai ser feita uma visita, um encaminhamento, esse tipo de coisa. (...) a demanda por atendimento depende muito da pessoa que venha para cá. O fato é que como cada dia só aumenta, é sempre mais trabalho para quem está no serviço. (...) Ninguém quer saber se nós estamos bem ou não aqui no trabalho, temos que atender a população. E o usuário é sempre que tem a razão... (NM5).

Para o Ministério da Saúde, a estratégia de Saúde da Família organiza e diminui a demanda espontânea à medida que os problemas de saúde coletivos vão sendo identificados e uma abordagem coletiva é colocada em prática (BRASIL, 2002). Essa argumentação do Ministério da Saúde referida acima é simplista e dá a impressão de superação mágica. Na realidade, grande parte do sofrimento relatado pelos profissionais decorre dessa expectativa de “solução” dos problemas a partir do setor saúde. Vale mencionar a necessidade de novas tecnologias de impacto, articulações intersetoriais além de indicadores qualitativos (sócio-ambientais e familiares) para redimensionar o número de famílias assistidas por equipe.

Conforme é referido pelo M.S. e ao contrário do que se espera da estratégia de Saúde da Família, a unidade investigada ainda está abarrotada de demanda espontânea, fato claramente relatado nas falas dos entrevistados(as). O depoimento NM9 expressa essa realidade: a demanda espontânea da unidade está aumentando dia-a-dia:

(...) a população está maior a cada dia e a gente realmente não consegue fazer Saúde da Família; a gente atende uma média de 100 a 150 pessoas num dia na unidade, isso todo dia, de segunda a sexta" (NM9).

Quando questionado sobre as dificuldades surgidas no dia-a-dia do trabalho, o tempo, a agenda e o número de consultas agendadas se apresentam como um fator impeditivo de qualidade no atendimento e da perspectiva de mudanças do modelo assistencial centrado em procedimentos médicos. Os entrevistados(as) NS3 e NS6 queixam-se do pouco tempo para ouvir as necessidades do usuário e dar os encaminhamentos necessários. Além disso, referem que o tempo disponibilizado nas consultas impossibilitam ações de promoção da saúde:

Tempo é a primeira coisa. E isso para mim é essencial. Já solicitamos que fosse diminuído o número de consultas para que a gente tenha dezoito minutos ao invés de quinze minutos para atender o paciente, são três minutos a mais somente, e no primeiro momento parece pouco... Mas não é pouco, e para o paciente é muito importante. Com alguns pacientes eu resolvo tudo em 10 minutos, mas com outros eu preciso de 20, ou até de 40 minutos. Mas com esse horário... , se você olhar nossa agenda, é uma coisa tão justa, é das 8 às 11:45, a

cada seis minutos nova consulta... Tanto que nós não temos aqui nem um tempo para se dar uma paradinha, fazer xixi ou tomar um café existe, parece mentira, mas é verdade! Já foi pedido, mas não deu em nada, ta?. E assim... eu sozinha... sou a que mais questiona aqui essas coisas... (NS3).

(...) Percebo isso durante as consultas, as vezes as pessoas vêm para consulta, e eu tento fazer com eles (usuários), é dar confiança para que eles possam acreditar que aquilo que eu estou propondo para ele seja bom para a saúde deles e que eles podem melhorar ainda mais encontrando seus próprios caminhos. Mas a gente sabe que isso não acontece assim, muito menos com uma consulta de 15 minutos, e muito menos com um tempo de 10 minutos por consulta, é impossível, não conseguimos mudar isso! (...) Assim percebemos que estamos muito longe ainda de mudanças nessa concepção e entendimento de saúde, pois não dispomos de tempo de informar e conduzir corretamente as pessoas no dia a dia do nosso trabalho (NS6).

Percebe-se neste depoimento a permanente tensão no processo de trabalho dos dois tempos produtivos do trabalho, o quantitativo aquele com valor de troca; e o qualitativo que se refere ao resultado do trabalho concreto, particular, ao resultado em si do trabalho, na sua qualidade de valor de uso (LUNARDI-FILHO, ET AL., 2001); Estes autores destacam que o tempo produtivo qualitativo permite a expressão do ser trabalhador, na sua singularidade como trabalhador, o que confere significado e sentido ao seu trabalho.

A organização pelo trabalhador do seu tempo de trabalho, qualitativa e não quantitativamente, “exterioriza-se na preocupação e compromisso em realizar o trabalho da melhor maneira possível, de acordo com o seu método e sistema, com respeito às suas diferenças de ritmos de tempo, lutando contra a uniformização do tempo de trabalho particular e concreto e a favor da sua humanidade, como ser humano trabalhador e não como máquina” (LUNARDI-FILHO, ET AL., 2001, p. 94).

Desta forma fica claro que a divisão técnica do trabalho persegue não somente a economia de tempo ou de custos no dia-a-dia do trabalho, mas persegue também a produção de uma política de poder, cujos efeitos são a “prescrição, o ordenamento e a regulação das condutas de cada trabalhador, o chamado desempenho na rede hierárquica comunicacional do poder/saber, no interior desta mesma divisão”. (LUNARDI-FILHO, et.al., 2001 p. 95)

Neste sentido, destacamos as cobranças pelo alcance das metas e a busca pelos resultados no trabalho no contexto estudado. Alguns depoimentos demonstram que existem cobranças desnecessárias e a grande maioria dessas cobranças atende a questões burocráticas direcionadas ao alcance de metas e de resultados deixando em haver as reais necessidades dos usuários.

O depoimento do profissional NS3 é bastante enfático ao assinalar essa tensão entre o qualitativo e o quantitativo:

(...) existe uma cobrança desnecessária em relação a gente. São cobranças burocráticas, burocráticas mesmo tá? Mas elas prejudicam, incomodam de maneira terrível. É uma cobrança assim: “tem que ter esse número de coisas tem que ter esse resultado aqui...” Ninguém na verdade está preocupado com o bem-estar dos pacientes, eles estão preocupados mesmo é em mostrar os números que tem; e isso me incomoda profundamente! E com esse tempo e essas cobranças, eu não consigo mostrar resultados apesar de estar vendo, mesmo porque os resultados mais importantes aqui produzidos não só por mim, são resultado sutis, pois são qualitativos... e isso ninguém enxerga, pois não é número! (NS3)

Em direção semelhante, porém destacando a questão da pressão por metas quantitativas e seu correspondente orçamentário, NS6 destaca:

Então, você tem coisas ‘pontuais’. O que eu vejo é que existem metas para serem atingidas e essas metas incluem indicadores de saúde. E se esses marcadores de saúde não estiverem melhorando, eles não vão conseguir ganhar todas as verbas vindas lá do ministério... Então, é tudo pressionado em cima de uma meta. Se a gente for pensar friamente em cima de dinheiro mesmo, até se poderia justificar, mas no serviço público, sabemos que não é isso... Assim, não sei se isso é uma preocupação real e verdadeira com o ser humano que está vivendo aqui e que busca os serviços aqui na unidade... (NS6)

A narrativa que segue abaixo se refere às cobranças e à sobrecarga de trabalho agravada por uma supervisão inadequada, fato que causa desgaste nos profissionais e estresse:

O que mais gera LTS são problemas ocupacionais e o excesso de carga no trabalho, pelo estresse principalmente pela própria forma como isso é administrado aqui no serviço, pela autoridade sanitária. Pois existem cobranças incabíveis aqui! Sinceramente, o que mais judia a equipe não é nem tanto a sobrecarga de trabalho pura e simples, pois você vê que faltam pessoas no trabalho e os que estão trabalhando, continuam a fazer o trabalho mesmo assim, mas é o estresse e a pressão de uma supervisão não adequada, principalmente quando estamos com ausência de colegas no trabalho... isso parece duplicar! (NS2)

A sobrecarga no trabalho é referida como uma dificuldade no desenvolvimento das atividades diárias do trabalho, agravadas pela carência de pessoal e pela demanda de usuários que aumenta dia-a-dia na unidade. No entanto, as evidências também parecem indicar que, se por um lado a demanda é referida como aumento e sobrecarga no trabalho, por outro, esse aumento da demanda usuária pode também significar que se aumentou a credibilidade e confiabilidade nas ações do PSF e na equipe multiprofissional, e que estes estejam sendo reconhecidos pela comunidade assistida. Ressaltamos que este aspecto são bons indicativos para futuras pesquisas.

O depoimento NM6 destaca sobrecarga no trabalho como uma dificuldade no desenvolvimento das atividades diárias agravadas pela carência de pessoal e pela demanda de usuários que aumenta dia-a-dia na unidade.

A dificuldade que enfrentamos aqui no trabalho, sem dúvida alguma, tem relação com o número de profissionais das equipes; faltam profissionais de todas as áreas, e com a demanda que cada dia só faz aumentar, acumula e sobrecarrega a todos, em todas as atividades do serviço. Dá para perceber que as pessoas daqui com essa sobrecarga de trabalho estão também ficando cada vez mais doentes. (NM6)

A acumulação de funções aparece clara no depoimento abaixo, fato confirmado na observação realizada. Diversas situações justificam este fato. Uma delas se deve principalmente ao número muito exato de trabalhadores no serviço de enfermagem e de agentes comunitários de saúde, provocando, na ausência de algum deles, sobrecarrega os trabalhadores que continuam as atividades no serviço. É o caso do depoimento a seguir:

[...] eu estou neste momento sem o agente comunitário, pois a minha agente comunitária está afastada por problemas de saúde, eu tenho que fazer quase o papel deste agente comunitário de saúde, além do meu papel de auxiliar de enfermagem, acumulando as funções, entende? Daí faço tudo sozinha mesmo, a única coisa que as meninas me ajudam é na entrega de consultas para algumas especialidades fora da US, e essas coisas assim. Mas durante toda a semana eu tenho que dar uma olhada em todos os hipertensos, dou uma olhada nas gestantes... Enfim tenho que fazer mais ou menos o serviço das duas funções, mas eu não consigo fazer tudo num só dia, então eu procuro marcar e agendar todas as situações e tento fazer. (NM8)

A carência de profissionais (carência de recursos humanos, como denominado) novamente aparece na narrativas NM7. Dessa vez a carência de profissionais surge dificultando as atividades diárias no trabalho, sendo fator de estresse aos profissionais em serviço, devido à sobrecarga de trabalho e a reposição dos faltosos:

Temos dificuldades pela falta de recursos humanos, falta de funcionários mesmo! Desde janeiro, a coisa vem pegando mesmo aqui. Desde janeiro, só temos três auxiliares aqui, e quando uma sai de férias, as duas que ficam, se sobrecarregam. Em janeiro saíram de férias [fulana] e [sicrana], e daí ficamos eu, [fulana] e [sicrana]. Quando a [fulana] voltou de férias, foi a vez da [sicrana] sair de férias, e a outra se acidentou. Nós ficamos duas semanas inteiras, eu e a [fulana], sozinhas aqui com os dentistas apenas. Isso vai estressando a gente... As vezes estamos cansado, e até dá impressão que não, mas isso causa sobrecarga e dá um desgaste tremendo na gente. Eu vejo que faltam recursos humanos, pois quase todo dia alguém tem um problema e não vem trabalhar... A demanda também aumentou muito, aumentou bastante, e isso está estrangulando a gente. Eu acho que aqui se precisa de todos os profissionais... de médicos, de mais gente da enfermagem, acho que você já percebeu isso né, como falta ali, apesar que não tem mais nem sala também para nenhum profissional, né? (NM7).

Com base nos dados analisados nesta categoria podemos considerar um ponto importante: os profissionais referem que a sobrecarga no trabalho se deve a falta de recursos humanos disponíveis no serviço e ao aumento constante da demanda usuária na unidade. Uma evidência importante com relação ao aumento da demanda usuária, no entanto pode ser atribuída nesse caso: se por um lado à

demanda trás desgaste, estresse e correria no dia-a-dia do trabalho, por outro ela pode ser um indicativo de que o Programa Saúde da Família e a atuação dos seus profissionais estão sendo reconhecidas e requeridas pela comunidade assistida. Fica evidente também que objetivos tão importantes quanto a demanda, como a interação e a multiprofissionalidade da atuação são relegadas a esferas de menor importância, ou até mesmo, são desprezadas totalmente, e outros fatores também são relatados como agravantes e que contribuem para a sobrecarga, desgaste e estresse no trabalho, tais como cobranças burocráticas pelo alcance de metas e resultados, acumulações de funções dentre outros.

4.2.2 Eixo II – A interação no trabalho: as condições necessárias para a troca de conhecimentos

a) Trabalho em Equipe

As respostas referentes à primeira pergunta deste eixo, que questionava sobre o funcionamento da equipe multiprofissional, nos conduziram às categorias do Trabalho em equipe no grande grupo e trabalho em equipe na microárea, conforme descreveremos a seguir. Essa categoria ficou dividida em dois temas: Trabalho em Equipe no grande grupo, que compreende a totalidade dos profissionais/trabalhadores que compõem as três equipes da unidade investigada; e o Trabalho em equipe em microárea, o trabalho no pequeno grupo, é realizado por profissionais/trabalhadores responsáveis por atuar em determinada área populacional adstrita na unidade.

Para melhor entendimento e distinção do trabalho em equipe que será aqui discutido, trazemos as contribuições de Feuerwerker e Sena (1999) sobre as diferenças existentes entre “trabalho em equipe multiprofissional” e de “trabalho em equipe”. Consideramos, também, as colocações de Fortuna et. al. (2005) sobre as diferentes formas de se considerar trabalho em equipe e suas diferentes finalidades e proposições.

Feuerwerker e Sena (1999) compreendem que no trabalho multiprofissional existe uma interação entre os vários conhecimentos técnicos específicos com a produção de uma solução/proposta de intervenção que não seria produzida por nenhum dos profissionais isoladamente. Quanto ao trabalho em equipe, este implica

no compartilhar do planejamento, na divisão de tarefas, na cooperação e na colaboração, podendo e devendo acontecer entre profissionais de uma mesma disciplina, entre profissionais de uma mesma carreira e também dentro de uma equipe multiprofissional, no entanto, não implica necessariamente na construção de um novo saber ou de uma nova prática. Nesse sentido, o que cria a possibilidade do novo é a interação democrática entre diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades.

Fortuna et. al. (2005) lembram que só o fato de existir um conjunto de trabalhadores contratados para o PSF e atuando numa mesma área, aparentemente com um objetivo comum, não significa que se tenha o desenvolvimento do trabalho em equipe multiprofissional. Ali ocorre trabalho, acontecem relações que, às vezes, são difíceis de se compreender, e que podem deixar os trabalhadores e usuários muito longe daquilo que pretendem realizar no PSF, ou seja, mudar o jeito de se trabalhar em saúde e produzir o cuidado.

Peduzzi (1998) e Fortuna (1999) referem a essa modalidade de trabalho como possibilidade de realização do atendimento integral e da articulação dos saberes e disciplinas necessários para o atendimento em saúde, compondo a interdisciplinaridade e integralidade dos cuidados em saúde.

Com isso posto apresentamos a seguir, as categorias de trabalho em equipe construídas para análise empírica dos dados:

- Trabalho em Equipe no grande grupo

Nessa categoria, os depoimentos mostram uma compreensão muito limitada/reduzida do trabalho em equipe no PSF: o grupo é caracterizado pela competição e pelo individualismo dos profissionais; ocorre em baixo grau ou, segundo os depoimentos, nenhuma interação, colaboração e articulação técnica das ações. Os profissionais percebem e compreendem o trabalho realizado “em equipe” especificamente naquelas situações referidas nas especificidades de cada profissão, por exemplo, equipe médica, de enfermagem, equipe odontológica (equipe entre pares). É o que fica evidenciado no depoimento abaixo:

Não sei se tem realmente, não podemos dizer que é equipe. As pessoas são muito individualistas isso sim. Vejo na ‘odonto’, lá temos uma equipe na ‘odonto’. Também ficamos fechados lá... daí temos que nos resolver (NM1).

Segundo a narrativa seguinte, no PSF estudado não existem equipes multiprofissionais de trabalhos, mas sub-equipes fechadas, permeadas de ações individualistas. A multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade não é percebida pelos trabalhadores:

Não, não existe! O que eu posso te dizer é assim: os profissionais do grande grupo se fecharam, tá, e são hoje completamente individualistas. Imagina você que durante um bom período começou a ter competição entre as equipes das áreas. Tinha competição de quem mais tirava fotos... Teve quem mandou fazer adesivo para pôr na roupa, e punham adesivo nas atividades quando era a equipe que fazia. Mas eu sempre disse para a nossa equipe, não vamos fazer nada disso, eu não estou aqui para aparecer, nem para competir, vamos fazer nosso trabalho e fim de papo. Mas daí começam aquelas competições. E como elas começam a competir uma com as outras, dentro da equipe eles começam a comentar: ah é porque a carteirinha da equipe tal é melhor, e a carteirinha nossa é assim e assado, mesmo papel, mesma coisa! Daí só porque eu tenho uma forma de preencher e o outro tem uma outra forma, vem aquela reparação. (...) Até com relação a divisão de área de nosso trabalho, virou motivo para competir... acabou virando uma competição de quem faz melhor em cada área... Mas eu não estou nem aí, não vou participar disso, virou briguinha, e na verdade isso, não é uma equipe. Não existe uma grande equipe que se reúna para trazer resolutividade, não existe isso! (NS3)

A interdisciplinaridade talvez seja uma das principais habilidades para o trabalhador da equipe multiprofissional de saúde, a ser compartilhada por todas as profissões da saúde sendo considerada nuclear para a mudança do modelo de atenção à saúde nesse contexto. E a capacidade de reconhecer situações interdisciplinares é que constitui uma habilidade a se desenvolver.

Como nos coloca Costa Neto, (2000) é urgente que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais de saúde: *“[...] diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade [...] requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe”*. (2000, p.9)

Os entrevistados(as) NM5 e NM6 enfatizam em seus depoimentos que o trabalho em equipe não existe na unidade e que, nas relações de trabalho, impera o individualismo, a falta cooperação e a colaboração entre os profissionais:

Mas eu acho que isso de trabalho em equipe não acontece aqui na unidade. Porque é mesma coisa assim, percebe-se que todos aqui seguem o seguinte: chega um paciente, o paciente está ruim e tudo né, vamos supor, uma situação de emergência. Então se você conhece o paciente, você vai lá e você auxilia; só que às vezes não está todo mundo da sua equipe da microárea e você precisa da ajuda de outras pessoas. Quer dizer, temos que pensar no paciente nesse momento, não importa se a área é da área do médico tal ou

médico tal, é um paciente que está sob a nossa responsabilidade na unidade. Mas percebo que isso fica direcionado por: ah, é da área de dr. Fulano, daí as outras pessoas somem... Não tem cooperação entre as pessoas aqui, falta responsabilidade na minha opinião. Acho que isso falta muito nessa equipe 'multiprofissional como você chamou, né? Eu percebo que falta muito isso aqui, sabe? Teve até uma situação agora que aconteceu né, uma colega falou "ai, eu tenho que fazer isso e não estou preparada". Eu tenho a maior disposição de ensinar, sinceramente, mas não posso, pois não sou supervisora, e sei que está todo mundo cansado né? É complicado no meu ponto de vista isso aqui não funciona assim, não funciona como uma equipe, pois não existe auxílio, ajuda para com o outro! (NM5)

É uma pergunta difícil de responder, mas pra falar bem a verdade, não funciona como deveria, mas é porque é aquela velha história: para se trabalhar em equipe teríamos que trabalhar todos juntos... E você quer saber por que às vezes não funciona? Por causa de picuinhas internas nada mais, e o real espírito de equipe fica a desejar, a individualidade reina, ficando a mostra competição entre as áreas. Assim eu acho até que funciona bem não. Outra coisa que acho que prejudica, a gente vive sem pessoal suficiente pra trabalhar, você mesma viu o que nós passamos aqui quando estamos sem pessoal, há um estresse total... (...) Mas eu não vejo funcionando como uma equipe. Acho mesmo que se você perguntar sobre equipe as pessoas até fazem confusão achando que é equipe médica, equipe de odontologia, porque é assim que se vê funcionando, na verdade. Então eu acho que não funciona bem. Eu sei que são pessoas capazes, são pessoas... né, mas... deixa a desejar (NM6)

A competição entre as equipes está evidenciada muito fortemente nos depoimentos acima. As narrativas associadas ao processo de observação do pesquisador, e tendo em vista que as justificativas não foram suscitadas de modo objetivo nas respostas, algumas situações nos parecem pertinentes serem levantadas aqui.

Uma hipótese sobre essa competição poderia ser que a formação inicial recebida por esses profissionais que não desenvolveu o espírito de trabalho em equipe nos alunos, e as relações alicerçadas por essa formação pautam-se sobremaneira em ações individualistas e corporativas que se chocam com a idéia de um trabalho colaborativo; de um trabalho realizado conjuntamente e em (co)operação. Entendemos, pois que é, portanto, na (co)operação e na (co)laboração que o trabalho se conecta com a linguagem e com o diálogo, caracterizando-o como coletivo e social. Nesse sentido, fica evidente a práxis como uma categoria de análise do trabalho em equipe.

Uma outra hipótese está relacionada à visão idealizada de equipe; Percebe-se que a visão idealizada de equipe é desprovida de caráter processual de construção grupal, fator que leva a um sofrimento desmedido. Devemos desviar do raciocínio de visualizar o processo grupal como grupo-objeto, um grupo entendido enquanto objeto em uma perspectiva individualizante, desprovido de seu texto-contexto, centrados na lógica do registro individual. Esse raciocínio reforça idéias

que responsabilizam o próprio indivíduo por seu sucesso ou fracasso, pois nesse sentido o grupo passa a ser visto como mais um indivíduo preso a um movimento de totalização, que longe de ser um espaço de produção de sentidos é uma estrutura que aprisiona sentidos. (SCHOSSLER, CARLOS, 2006)

Como refere Schossler, Carlos (2006), devemos buscar resgatar junto aos profissionais/trabalhadores dessas equipes multiprofissionais, seja em grande grupo ou em pequeno grupo, como estão reconhecidos em nossa pesquisa, “outras perspectivas que apontam para uma visão de mundo que não encara o ser humano como um solitário, pelo contrário, o tem como um modo de relação, como um sujeito que emerge do encontro de modos de existência”. (2006, p.159)

Os depoimentos sobre o trabalho em equipe evidenciam todo um conjunto de conhecimentos / mediações que compõem na construção da equipe realmente existente:

(...) mas falando administrativamente, as pessoas trabalham aqui com a equipe como um campo de treino, em que elas podem colocar os personagens onde que elas querem, sem levar em conta que são pessoas que tem vontades, que tem desejos de trabalhar em determinada parte ou não trabalhar, que tem facilidades com umas coisas e dificuldades com outras, né? Então, eu já me senti assim e não gostei (NS7).

(...) Quando alguém fala aqui: “Hoje você vai cobrir tal coisa”. Como cobrir tal coisa? Eu não fui consultada pra cobrir tal coisa! Se alguém tivesse me falado: Olha fulana, sicrano faltou digamos assim, e tivesse ligado para mim: “olha Fulana eu não vou poder fazer tal coisa, e tem isso, isso e isso pra ser feito, você pode fazer pra mim?” Nossa, seria bem interessante, pois isso demonstra respeito por mim, “eu existo” ..., ou se falasse: “Realmente hoje não posso fazer isso por causa disso, disso e disso, ou então, eu faço, mas desde que eu possa diminuir a carga em uma outra coisa” (NS6).

Estes depoimentos, por sua vez, mantêm a fragilidade / insuficiência de explicações baseados na idealização da equipe. O grupo / equipe é tratado com o enfoque habitual, que trabalha o grupo a partir do aqui e agora; aquela concepção que Schossler, Carlos (2006, p.160) referem, “trabalhando na lógica do grupo-objeto, um grupo-experiência, e tratado como coisa, sendo algo a ser compreendido ou decifrado”. O processo grupal é compreendido como uma forma de se acessar a constituição do sujeito, investigando a subjetividade, dentro de uma perspectiva que contesta a equivalência de sujeito a indivíduo, constituída em função de um longo processo histórico: que segundo Schossler, Carlos (2006, p.161), “transformam o ‘um’ em ‘o’, generalizando a singularidade”, e como forma singular de acessar a subjetividade, permite que concebamos diferentes modos de subjetivação.

- Trabalho em Equipe na microárea.

No pequeno grupo ocorre o trabalho em equipe na microárea, os entrevistados(as) referem que o trabalho em equipe nesse contexto é permeado de trocas, colaboração, consenso, interação, e que o relacionamento “entre” os agentes do trabalho é melhor. A interação e a multiprofissionalidade é percebida pelos trabalhadores nas narrativas NM2 e NM5:

No grande grupo a gente até trabalha, mas parece que não tem tanto resultado. Mas no pequeno grupo, que você trabalha com uma auxiliar de enfermagem, com a enfermeira e o médico, e com os agentes comunitários. O trabalho flui de outra forma. O trabalho aparece mais eu acho, não tem competição, todos procuram entrar num consenso e caminham juntos, num caminho só. É assim que eu vejo! (NM2).

Já no trabalho na equipe da microárea é totalmente diferente a relação que temos e para mim, é maravilhoso... e eu me sinto muito bem no trabalho na minha equipe. Nós somos em quatro auxiliares de enfermagem nesta equipe, né? Cada auxiliar é responsável por uma área junto com um agente comunitário, e o médico e o enfermeiro ficam nos dando apoio quando não resolvemos sozinhos. Trazemos nas reuniões as situações mais complicadas e resolvemos juntos. Temos que fazer tudo, você tem que atender a família como um todo, você conhece os pacientes e faz um vínculo maior com eles, ou quando o paciente chega ruim no posto é só procurar a gente né? Então, eu percebo quando eu não estou na grande equipe (no grupão), eu acho melhor até para realizar os procedimentos, sei que ela continua sendo multidisciplinar, mas é diferente do grande grupo entendeu? Eu vejo assim, a equipe multiprofissional daqui de fora não tem muito espaço lá dentro. (...) E aqui eu me sinto no céu. (NM5).

Uma dicotomia nos salta aos olhos com essas narrativas, por que a percepção do trabalho no grande grupo da unidade não é visto pelos profissionais como o trabalho desenvolvido na microárea, ou seja, pela pequena equipe? Por que os profissionais parecem referir que no trabalho na microárea parece ser o mundo maravilhoso da interação e produção em saúde, enquanto que no grande grupo impera a competição, a desunião e o individualismo?

Uma outra hipótese que pode ser levantada neste caso é de que o grupo interage melhor quanto mais clara a tarefa. Estas hipóteses nos apontam a necessidade de resgatar os estudos de Pichon Rivière sobre a concepção de grupo como um processo, trabalhando as noções de articulação texto-contexto em que eles estão inseridos, portanto, em movimento.

Para Pichon Rivière, citado por Schossler, Carlos (2006) o grupo é um conjunto restrito de pessoas, ligadas entre si por constante de tempo e espaço e articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe, de forma explícita, uma tarefa que constitui sua finalidade. O grupo é entendido como um processo,

mas um processo que habita instituições, que é o seu contexto. (PICHON-RIVIÈRE, 1991)

Schossler, Carlos (2006, p.160), referem o conceito de grupo como “um conjunto de pessoas que estão reunidas e ligadas em função de algum objetivo ou expectativa, e que desenvolve uma ação”. Percebe-se nessa compreensão que a definição é dada externamente ao grupo e baseia-se na observação de uma prática social humana; além disso, essa conceituação possui também a característica de criar um dentro e um fora, um eterno vir a ser, na medida em que impõe limites para o grupo. Estes autores apontam o grupo como instituição em uma perspectiva permanentemente histórica, e o caráter processual do grupo é acessado a partir de indícios de uma ação que modifica o que está colocado, sejam as práticas, organizações, instituições ou mesmo a sociedade.

Uma outra hipótese que levantamos aqui concentra-se na confiança interpessoal construída entre os agentes do trabalho desenvolvido na microárea, seja pela proximidade das relações de trabalho no cotidiano, seja pela maior afinidade ou proximidade entre esses profissionais. Reconhecer que em saúde o trabalho envolve aspectos de extrema importância, a responsabilidade pelo resultado aumenta e exige uma maior dedicação por parte dos envolvidos. Nesse sentido, a cooperação entre os indivíduos em prol de um objetivo comum ganha destaque. Desse modo, no depoimento que segue, fica evidente a construção com “o outro” em grupo, além de apontar que o trabalho em equipe na microárea reflete engajamento e complementação:

Mas é como se fosse assim: eu queria que eles se sentissem necessários e que soubessem que o trabalho deles é fundamental e que cada um tem uma parcela fundamental nesse trabalho. Por exemplo, o trabalho de um agente comunitário, em relação aos trabalhos dos outros membros, as condições de cada um, vejo o agente comunitário como uma interface que vai ligar a gente do programa saúde da família à comunidade. Se ele não existisse isso aqui viraria um posto básico. Então o trabalho deles é de extrema importância. Então o fato deles assim trazerem as coisas, eu tento fazer com que isso tudo que eles estão recebendo seja levado em consideração. Assim como a percepção de cada um na equipe, o que eu vejo é uma qualidade importantíssima: vejo pessoas com uma capacidade de logística fantástica, uns já utilizam isso, e as coisas que eu não tenho como fazer, eu percebo que tem que ser feito e às vezes a forma como deve ser feito eu posso jogar assim: “eu gostaria que fosse feito assim, mas é legal de ver como é que eles se arrumam no mundo das coisas. E eu acho bacana, é juntando as partes, porque isso faz parte, de ser filho de cada um. Então não é uma coisa assim: eu que fiz, ah eu que fiz, eu que montei isso, eu que fiz isso...”. (NS6)

A situação descrita no depoimento anterior aponta uma contradição com estudos recentes sobre o trabalho em equipe no PSF que revelaram ausência de

responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias profissionais (Pedrosa & Teles, 2001). Percebe-se que, mesmo timidamente, os profissionais estão agindo com interação e responsabilidade coletiva, o que pode ser considerado um avanço bastante positivo.

No entanto, sabe-se que, apesar do esforço de reestruturação das práticas sanitárias a partir de uma proposta que privilegie o trabalho em equipe, é possível observar no PSF a existência de uma tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho, havendo assim o risco de os profissionais se isolarem em seus “núcleos de competência” como apontado por Franco & Merhy, (1999, p.8), ou ainda, que as ações sejam realizadas de forma justaposta e isolada. Tanto na organização do trabalho e dos saberes, quanto na interação entre sujeitos - entre os profissionais e destes com os usuários são reproduzidos vários planos de fragmentação (PEDUZZI & PALMA, 1996). Bastos (2003), refere que apesar do discurso de teor igualitário, os membros das equipes de Saúde da Família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais de nível superior e nível médio, entre médico e enfermeiro. As relações de poder aqui evidenciadas se forem mantidas constituem num outro risco que “engessa” o trabalho coletivo em saúde (FORTUNA et. al., 2005). Os depoimentos citados evidenciam isso também.

A narrativa que segue, além de refletir a percepção do trabalho em equipe já discutida, aponta um outro aspecto. Demonstra o quanto ainda se está distante na implementação de mudança de concepções sobre o modelo de Atenção à Saúde centrado no profissional médico. O depoimento comprova que a concepção médico-centrada de formação em saúde ainda está presente tanto na compreensão da comunidade assistida como também se reproduz na própria equipe de saúde:

(...) modelo biomédico é muito forte na comunidade, mas ainda está presente na equipe também. A equipe de saúde da família, ainda não é vista como uma equipe multiprofissional, ela é vista como um estratificado de trabalhadores de saúde que está centrada no médico. E eu vejo isso na comunidade... Então o que eu tento fazer com eles é dar confiança para que eles possam fazer acreditar que aquilo que eu estou propondo para eles seja bom para a saúde deles, mas a gente sabe que isso não acontece assim, com uma consulta de 15 minutos, muito menos com o tempo de 10 minutos, não conseguimos mudar isso. (...) Mas assim o fato deles perceberem que eu estou aqui, eu sou médica dessa área, você dá referência se precisar de alguma coisa, então isso já cria uma espécie de um vínculo. Na verdade não gostaria de criar um vínculo de dependência, mas um vínculo de referência, mas o que a gente vê ainda é o vínculo de dependência. “Ah, eu queria que a doutora “D” falasse isso”. Ainda estamos muito longe de mudar essa concepção e entendimento de saúde do modelo biomédico. Percebo isso durante as consultas, às vezes as pessoas vêm para consulta, e eu me sinto até esquisita quando escuto algumas colocações delas. Parece até

coisa de outro mundo assim, sabe, eu me sinto estranha... me sinto esquisita com que as pessoas falam. (NS6)

Ou seja, a comunidade / sociedade como um todo de certa forma, também venera o modelo médico centrado. Uma hipótese para a presença dessas concepções na equipe talvez ainda esteja no atrelamento à formação biomédica dos seus profissionais. Uma outra hipótese para a manutenção dessa concepção no imaginário social coletivo da sociedade se deve talvez às poucas transformações que até o momento ocorreram no contexto da formação dos profissionais de saúde e por sua vez influenciam o contexto sócio cultural da sociedade.

Os dois outros depoimentos a seguir reforçam as colocações referidas anteriormente. As narrativas NS1 e NS4 apresentam evidências do processo de trabalho centrado na doença e afirmam a dinâmica do trabalho médico-centrado:

Aqui na unidade nós temos um prontuário odontológico e um prontuário médico. Nós temos acesso ao prontuário médico e eles também têm acesso ao nosso. No prontuário odontológico existe um radarzinho que quando clicamos ali, já abre um pouquinho o detalhamento da ficha médica do paciente, se ele é hipertenso, se ele é diabético, se é gestante. Nesse radarzinho do prontuário odontológico, mesmo no atendimento aos programas, a gente abre para ver se existe alguma coisa referente ao paciente, se tem algum probleminha que a gente tenha que tomar algum cuidado a mais. (NS1)

Os entrevistados NS3 e NS6 ao longo de seus depoimentos destacam a percepção da vigência do modelo biomédico ainda prevalente no imaginário da equipe e da comunidade, mas também denunciam o fator tempo como impeditivo de uma atuação dos profissionais junto a comunidade na tentativa de reverter algumas concepções pré-existentes, e de modo a inserir mudanças na concepção da comunidade / sociedade frente a atuação individual e coletiva dos seus profissionais é prejudicado pelo pouco tempo disponibilizado para as consultas. Este fato possibilita a reprodução e perpetuação do modelo biomédico de formação em saúde, tendo em vista que não se consegue mudar concepções já arraigadas há tantos anos, tendo pouco tempo para se atuar junto aos usuários através de educação em saúde, de forma a instrumentalizar a comunidade em vigilância a saúde, constituindo-se em obstáculos importantes à implantação de novos caminhos:

(...) Olha, temos pouco tempo para realizar as consultas e qualquer outra atividade aqui, até mesmo as reuniões de equipe! A cada 10 ou 15 minutos temos que ter em nossa agenda um novo atendimento nas consultas. Têm-se pouco tempo para conversar com o paciente e sua família, como podemos tentar reverter essa condição junto a eles? (NS3).

É impossível com esse tempo explicar como nós profissionais atuamos e tentar desmistificar algumas concepções e tabus deles... assim é impossível! Nem tempo de dizer que o trabalho dos colegas da equipe complementa de alguma forma o nosso temos condição de fazer! É muito pouco tempo, muito pouco (NS6).

Como nos lembra Merhy (1999) o processo de trabalho representa o lugar da produção dos atos de saúde na sua cotidianidade, sendo, portanto, um espaço privilegiado de percepção e identificação dos outros, dos campos organizacionais institucionais e dos modos de gestão. É, portanto, no desenrolar dos processos de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde que se concretizam a intenção, os compromissos éticos e políticos de quem governa e os modelos de assistência, traduzidos na relação que se estabelece entre os trabalhadores e usuários.

O depoimento seguinte apresenta dois pontos importantes para o enfoque do trabalho em equipe na microárea. NM7 e NM10 comentam de modo semelhante a necessidade da intersetorialidade para o desenvolvimento as ações no trabalho em área; NM7 destaca o despreparo 'psicossocial' dos profissionais em serviço para o enfrentamento da realidade encontrada no cotidiano do trabalho devido a uma inadequada formação continuada em serviço; NM10 refere a burocracia e a centralidade dessas ações na Unidade de Saúde por parte de chefias como dificultador que dificultam possibilidades de construção de redes de apoio na resolução de problemas encontrados no cotidiano pelos profissionais; Percebe-se nestes depoimentos que a intersetorialidade se apresenta ainda de forma tímida; entretanto, com possibilidade de ser realizado um trabalho multiprofissional e interdisciplinar caso haja espaço efetivo e desburocratizado:

Eu acho que o problema vem do seguinte: quando eu me formei, todo o meu estudo estava voltado para a cadeira, para os procedimentos em cadeira, muitas ações de caráter simplesmente preventivo mesmo. Mas eu acho Glícia, quando você vai à casa de uma pessoa, uma família, você vê tanta coisa ali que a grande maioria não está a teu alcance o poder de resolver ou dar uma solução. São situações que até quase te desanima em ver, digamos assim, é deficiência de saneamento, de higiene, falta educação, falta de conselho tutelar, é a presença da fome, da miséria, da desigualdade social em que vivemos... Algumas coisas exigem a presença de outros setores junto da unidade de saúde, pois são coisas que não conseguimos encaminhar somente com ações de saúde... é muita burocracia aqui, e tudo é centralizado menina... Até já ouvi dizer que devemos juntar os setores, mais isso não acontece na realidade, daí o nosso trabalho não adianta nada (NM7).

(...) É nas visitas que a gente percebe a necessidade de um trabalho conjunto com outros setores. Pois Glícia, nós aqui da saúde hoje atendemos situações que vão desde a violência doméstica, violência contra a mulher, contra o idoso, conselho tutelar, adoção, até questões do meio ambiente, de saneamento, lixo... Encontramos de tudo aqui. O pior é que se verificamos essas coisas na nossa área, nós mesmos não podemos acionar de imediato, sabe. Não, não podemos. As coisas são amarradas, centralizadas demais aqui. Acho que as

peessoas se sentem perdendo forças se um outro qualquer toma iniciativas como essas. Então, tem que passar por [Fulana] primeiro, (o (a) chefe) pra daí seguir a frente. Essas são dificuldades que encontramos muitas vezes aqui no trabalho. (NM10)

No depoimento NM7 destacamos também a base da formação inicial praticada: a concepção fragmentada do profissional e a ausência dos conceitos de integralidade e interdisciplinaridade. A nossa pergunta é: como esperar que profissionais formados sob essas perspectivas pratiquem em seu trabalho a multiprofissionalidade e a integralidade tendo em vista a interdisciplinaridade? Visto isso, aqui percebemos um ponto central: para que a concepção de PSF se torne realidade, temos que pensar formas concretas de formação de redes entre setores da sociedade civil possibilitando acesso fácil dos sujeitos envolvidos e também repensar novas estratégias para a formação dos seus profissionais, que contemple efetivamente o conceito de integralidade.

Sintetizando as abordagens nesta categoria, podemos constatar que nos depoimentos e na observação direta, os profissionais destacaram que o fortalecimento e construção do trabalho em equipes multiprofissionais de Saúde da Família e a interação e troca de conhecimentos entre os profissionais poderia ser oportunizado durante as reuniões semanais de equipe realizadas na Unidade de Saúde, seja no grande grupo, juntamente com todos os profissionais de saúde da US, seja no pequeno grupo, naquelas reuniões de equipes por microárea, por constituírem-se em alternativas de espaço concreto para a interação e troca de conhecimentos entre os profissionais de saúde. Isso evidencia que os profissionais criticam o “burocratismo” do funcionamento do PSF, uma “perda de tempo” face às necessidades presentes.

b) As alternativas de espaço

Os aspectos favoráveis à interação, destacados como a confiança interpessoal e a colaboração, tornam-se em nosso estudo, ferramentas essenciais para a construção das alternativas de espaço no trabalho e favoreçam a consolidação do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar.

A confiança interpessoal é compreendida por nós conforme nos apontam Valentim & Kruehl (2006). A confiança é considerada como a base de qualquer relacionamento afetivo, sendo um fator de relevância para o sucesso ou insucesso de diversas relações. Ela permeia a vida de um indivíduo em diversos momentos e

relações, com conseqüências que afetam, de maneira importante, tanto a sua trajetória, quanto a daqueles com os quais interage.

Assim, a confiança entre os colegas de trabalho traz impactos significativos para o resultado do mesmo, como é o caso do trabalho na saúde, e a responsabilidade do resultado aumenta ainda mais, exigindo a maior dedicação possível por parte dos envolvidos, devido ao caráter multiprofissional e à grande responsabilidade do trabalho na saúde. Desse modo, a transparência entre os integrantes da equipe, através de uma atitude ética e um agir de modo a compartilharmos as informações disponíveis, é um dos pontos-chave para evitar-se uma possível quebra da confiança. (VALENTIM & KRUEL 2006)

Neste sentido, a transparência e a confiança, quando percebidas entre os trabalhadores da equipe, favorecem a construção de vínculos, aumentam a credibilidade no trabalho e o compartilhamento das ações. São as evidências que encontramos na narrativa do entrevistado(a) NS2 abaixo, ao referir-se sobre a atuação de outros membros da equipe:

No trabalho na pequena equipe procuramos não fazer diferença entre os níveis superior e médio, nós damos a liberdade para que cada um possa dar sua contribuição expressando suas opiniões sobre tudo e conduzimos sempre que necessário. Às vezes a gente dá plena liberdade e credibiliza o atendimento de todos os profissionais. Na odontologia nós fazemos sempre isso com o pessoal do nível médio, muitas vezes fazemos uma avaliação no paciente e avisamos, olhe, agora você vai passar por aquele profissional para ele ver se tem mais alguma necessidade ou não para ser feita para você. Eu acho que nós damos a plena liberdade e confiamos no trabalho de cada um, isso eu acho bacana na nossa equipe na odonto. (NS2)

Sobre o respeito, a confiança e a interação entre o profissional e o usuário, percebe-se no depoimento abaixo que o entrevistado(a) reclama de desvalorização profissional dentro do próprio serviço, por parte da administração local:

Nós sempre fomos bem recebidos por todos os usuários quando realizamos visitas. Alguns já conhecem a gente aqui do trabalho na clínica de odontologia, e confiam no trabalho de todos da equipe da odontologia. Eles chegam até a fazer lanche para a gente quando íamos fazer orientação e avaliação de toda a família nas visitas domiciliares. [...] Vejo também que não somos bem valorizados enquanto profissionais aqui de modo geral pela administração. Percebo isso durante as avaliações de competências já realizadas aqui pela autoridade sanitária. Somos todos colocados em um 'saco de batata' e passamos apenas a ser mais um. E aquele profissional que fica borboletando, arrodando (o)a chefe, enchendo de confete e serpentina, esse tem uma boa avaliação de competência. Na realidade vejo bem assim, para nós esse papel não vale nada, mais daí você vê as injustiças feitas com algumas pessoas que vem te cobrar isso, aquilo e aquilo. (NS2)

No depoimento seguinte, a confiança, a complementaridade das ações e a cooperação no trabalho aparecem sendo citadas apenas entre os pares, ou seja, em serviço específico, no caso a odontologia:

No atendimento odontológico a gente se depende muito ali dentro, pelo próprio sistema de módulo, o nosso processo de trabalho faz com que trabalhem um dependendo do outro imediatamente. O trabalho aqui no sistema de módulo, precisa-se muito que o auxiliar esteja sempre ao nosso lado, porque o material está disponível dentro do módulo, e este fato evita grandes manipulações deste material além das infecções cruzadas. O sistema de módulo é um processo em que todo mundo começa junto e termina junto. (...) Acho que é importante também para a gente ter a contrapartida, a gente tem que também fazer a nossa parte. (NS1)

A narrativa abaixo apresenta a colaboração como fator de aproximação, interação e troca de conhecimentos:

Quando estamos com a equipe completa a coisa flui normalmente. Também quando não está completa, que o mais usual acontecer, acaba sobrecarregando um e outro. Muitas vezes acabamos fazendo o papel de auxiliar, e ficamos nos ajudando dentro do grupo. Agora é lógico com a equipe completinha o trabalho flui melhor, sem dúvida! (NS1)

Já no depoimento a seguir, mesmo denunciando a falta de colaboração entre os membros da equipe, a narrativa manifesta a preocupação com o outro, com o colega no trabalho:

(...) ficamos chateados com uma colega, a fulana, porque ela falta bastante, e não nos avisa, daí a gente fica chateada é apenas pela falta de consideração de não avisar, pois sobrecarrega todos nós, mas muitas vezes a gente fica pensando, pôxa, o que aconteceu, será que ela não está bem... Porque Glícia, a gente convive 8h por dia, a gente convive mais com uma pessoa daqui do trabalho do que com uma pessoa da nossa casa. Então aqui a gente deve ter consideração com o colega de trabalho, eu tive uma gestação de alto risco, mas trabalhei no mês de janeiro, apesar dela quase nascer em janeiro, trabalhei me arrastando, vim para cá o mês inteiro, porque a [fulana] não vinha trabalhar, isso porque somos apenas em quatro como auxiliar, e outra que é a [sicrana] não está conosco, ela está em desvio de função na administração. (NM1)

O depoimento de NM7 se refere ao trabalho em equipe na microárea. Ele mostra como o cotidiano de trabalho representa uma alternativa de espaço a ser implementada pelos profissionais no dia-a-dia, podendo também servir de espaço de aprendizado mútuo e de educação permanente em serviço, e as ações da prática (no primeiro fragmento a visita domiciliar) se refletem no trabalho cotidiano:

Eu me percebo saindo sempre do foco da odontologia e por isso eu acho que é um trabalho bem atuante, consigo ver o outro lado, seja da enfermagem, as condições de higiene, a parte social do agente comunitário, mas claro bastante coisa a gente não entende, né? Mas aos poucos a gente vai pegando, pega um pouquinho aqui, outro pouquinho ali, e vamos aprendendo. Eu acho bom porque a gente está aprendendo muita coisa junto certo? Nossa, como se aprende... E logo a gente vivenciando numa situação semelhante a gente sabe depois como conduzir uma outra. Um exemplo, um paciente que tinha câncer, então a gente ia sempre lá visitá-lo, e isso é bom, porque a gente tem que ver como o paciente está ali. A gente tem que ver como funciona a casa dele. Por que uma coisa é você ouvir dizer, olha o paciente tem um câncer, assim, assim, mas você não se dá conta das dificuldades dele, das dificuldades que ele tinha para comer, das dificuldades que a filha tinha de lidar com ele, no

entanto, você indo na casa dele, você começa a ver e compreender os problemas que tem ali, as dificuldades da família em lidar com a situação, com a doença... Enfim, a filha que cuidava dele, às vezes ficava muito cansada e ela reclamava, pois o outro filho, quando ia cuidar dele, até mesmo para botar fralda chamava ela. Daí quando você vê alguma situação semelhante, você já sabe como ajudar. Nossa não tem ensinamento que supere uma experiência. (NM7)

No fragmento: “Nossa não tem ensinamento que supere uma experiência” no final do depoimento acima nos mostra claramente a importância da experiência do cotidiano de trabalho agindo de forma efetiva sobre a interação e troca de conhecimentos entre os profissionais e a realidade da prática como ensinamento concreto e indiscutível.

Já o depoimento seguinte reforça o anterior destacando o pouco tempo disponível para a realização das atividades em área, fato que prejudica essa troca e o aprendizado conjunto:

Como eu me sinto aqui? (...) acho que satisfeita, mas ficaria bem mais se a gente pudesse fazer o trabalho de PSF mesmo, pois é como já falei para você, nós não estamos fazendo aqui trabalho de PSF, na minha opinião não é. Eu percebo assim, Oh, nós temos muita coisa que podíamos aproveitar aqui mesmo. Temos profissionais muito bons e que sabem das coisas... Acho que devia sobrar mais tempo para o grupo trabalhar na área, nas reuniões... mais tempo para que a gente pudesse sei lá, conversar, aprender com a experiência do outro, na nossa prática mesmo (NM1).

Na narrativa de NM8, as reuniões de equipe da microárea são destacadas como espaço para troca e interação de conhecimentos, ou seja, como possibilidade de educação continuada/permanente. Ao mesmo tempo, mostra evidências claras da reprodução do modelo biomédico, centrado em procedimentos médicos, destacando o foco na doença e o médico como direcionador da atuação em equipe multiprofissional:

No momento das reuniões de equipe eu percebo que aprendo com todos eles. Tipo assim, não chega a ser uma aula, tá, mas é como se fosse, sabe? Mas a médica sempre passa algumas explicações de algumas patologias, e todos nós perguntamos o que não sabemos, informamos o que sabemos e vemos na prática. Assim a gente vai sempre se reciclando, alguma coisa que há muito tempo a gente não vê né? Então, ela está sempre reciclando a gente aqui. (...) Aqui na equipe existe um comando, é da Dra. É ela que direciona, é ela que fala quais os pacientes que têm prioridade, quais os que não têm. E mesmo que a gente fale: olhe esse aqui não está legal. Daí ela fala: então vamos ver, você vai até lá, olha, ela dá uma direção pra gente, é como se fosse uma, não digo (o)a chefe, mas uma coordenadora. Mas na nossa equipe aqui todo mundo tem voz, é como eu te falei, eu coloco o problema do meu paciente, eu acho que o meu paciente tem uma certa prioridade, exponho o caso, daí é discutido em equipe, né? E então se decide sobre a prioridade (NM8).

É importante acrescentar que a categoria profissional do médico é, historicamente, a que assume preponderância no processo de trabalho em saúde, pois a prática dos médicos, como profissionais habilitados é partícipe da técnica

científica moderna na área da saúde e o núcleo original do qual outros trabalhos derivaram; entretanto, sabe-se que, o modelo biomédico de formação profissional médico-centrado é elemento dificultador para a concretização da concepção do modelo de saúde integral e multiprofissional, preconizado pelo PSF.

Chama a atenção a contradição presente no depoimento de NM8. A princípio refere e afirma a condução dos trabalhos em equipe para a assistência a saúde ser realizada pelo profissional médico, numa abordagem biomédica, ou seja, centrado na patologia/doença, e assim mostra evidências do poder e da autoridade do médico na condução dos trabalhos em saúde, fato que reforça a verticalidade das ações e a divisão técnica trabalho de saúde. Logo depois, talvez como tentativa de demonstrar possibilidades da existência de diálogo e interação, o mesmo depoimento refere que os problemas dos usuários são discutidos em conjunto com a equipe, “onde todos têm voz”, num processo mais horizontal de desenvolvimento de ações conjuntas no trabalho.

Essa contradição talvez se deva a uma negação velada: enquanto os preceitos do programa preconizam que para o desenvolvimento do trabalho em Saúde da Família, a abordagem / atuação multiprofissional frente aos problemas existentes é a conduta ideal tendo em vista a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, na realidade do trabalho, as relações ainda são verticalizadas e hierarquizadas: uns sabem e pensam; outros fazem.

Visto de outro ângulo, o depoimento também remete à uma outra situação: a percepção de liderança dentro do trabalho em equipe de saúde. Sobre este tema tomamos as contribuições de Scherer & Campos (1987) quando comentam a existência de um líder na equipe. Para estes autores este fato é uma condição importante para a coesão do grupo. Entretanto, Oliveira (2000) argumenta que a permanência prolongada de uma pessoa no poder/liderança pode contribuir para suscitar comportamentos e atitudes passivas dos demais membros da equipe, seja em relação aos processos decisórios ou à execução das ações. Esse autor recomenda o exercício flexível da liderança como forma de evitar a cristalização e hierarquização de posições.

Mais um depoimento evidencia a possibilidade de formação dos profissionais em serviço proporcionada pelas reuniões de trabalho em microárea como

alternativas de espaço e oportunidades de interação e troca de conhecimentos para o agir cotidiano:

Então eu acho que talvez pudesse ter assim sempre uma reciclagem, sobre as linhas, assim uma lembrança ou uma coisa assim, estudos de caso que a gente pudesse ficar relembando aquilo e botando em prática, para a gente poder utilizar no dia-a-dia. Eu acho que é possível de se fazer isso na atuação da pequena equipe, e nós já fizemos inclusive, como não foi toda a equipe que teve o treinamento de PSF ainda, eu e a [Fulana] procuram passar algumas coisas como por exemplo o genograma, ninguém sabia fazer o genograma dentro da equipe, e nós fizemos aqui o estudo de uma família e a partir daquele momento as pessoas já têm um pouco mais facilidade de fazer aquilo, então eu acho que é perfeitamente viável de você colocar as informações para as pessoas no pequeno grupo. Eu acho também que cursos de interação de equipes seria bem favorável também como relações interpessoais, pois existem cursos que já que foram feitos que tem bastante dessas atividades e dinâmica que favoreçam a interação da equipe, isso também tem sido feito, né? (NS1)

Este último depoimento evidencia que, se o modelo biomédico de formação profissional médico-centrado na saúde é elemento dificultador da concretização da concepção do modelo de saúde integral e multiprofissional, a exigência concreta do PSF como espaço real onde estas contradições afloram, é ou pode constituir-se, paradoxalmente, elemento de possível superação dessas contradições, na medida em que o PSF é um “campo aberto” de relações inter-profissionais e destes profissionais com a comunidade, portanto interpessoais.

Em síntese, essa categoria nos remete que são esses espaços, o da formação e do trabalho, como espaços diferenciados de aprendizagem, ativam o potencial transformador dos sujeitos implicados, na direção de um entendimento da “relevância do conhecimento como algo que não apenas conhece as coisas, e sim como algo que pode mudar as coisas” (DEMO, 1998). Entendemos que a reflexão sobre as aprendizagens da prática, a fim de que essas possam ser compartilhadas, tornadas explícitas, requer planejamento de atividades com esta finalidade. Aqui evidenciamos as condições necessárias para a interação e troca de conhecimentos entre os profissionais das equipes do PSF para a prática do agir em saúde de forma multiprofissional e interdisciplinar.

c) A construção de vínculo

No próximo depoimento percebe-se o respeito e a interação com o usuário, reconhecimento mútuo, construção do eu e do outro, fato que nos reporta para a intersubjetividade. A construção de vínculos é estabelecida na dimensão da comunicação do trabalho em equipe estando alicerçada pela confiança interpessoal,

colaboração, respeito, interesse e preocupação com o outro. A construção de vínculos é refletida no trabalho em equipe “*entre*” profissionais/trabalhadores e profissionais/trabalhadores e usuário.

O depoimento abaixo mostra o diálogo como possibilidade de construção de vínculo, comunicação e interação:

Acho que para a gente ter a contrapartida, a gente tem também fazer a nossa parte. Eu procuro tratar as pessoas como gosto de ser tratado, tanto meus pacientes, quanto meus colegas de trabalho, sabe? Se a gente consegue conversar de uma maneira adequada você consegue tudo, você consegue ter esse vínculo na base da amizade, na base da conversa e eu não tenho porque sair cobrando coisas ou por me achar superior ou não. Eu acho que o relacionamento aqui com todos é igual. E com esse vínculo, esse relacionamento, eu não tenho dificuldade por causa disso, por isso é que eu acho importante a contrapartida. (...) Percebo que a interação na pequena equipe é bem maior, porque obviamente temos um vínculo também maior, nós saímos juntos em visita à área. E como tenho muita facilidade de comunicação com os pacientes, nas visitas domiciliares, sempre sou chamado pela Dra. no consultório durante alguns atendimentos dela. Daí nós trocamos muito, como já falei anteriormente. (NS1)

Já a narrativa NM4, é uma evidência da comunicação precária em equipe. Reflete uma construção fragilizada de vínculos demonstrando o que a comunicação deficiente em equipe pode gerar. Além disso, causa insatisfação, descrédito e perda de legitimidade de função, no caso, para o Agente Comunitário de Saúde, na espera por respostas aos encaminhamentos no cotidiano de seu trabalho:

Está com poucos meses que estou trabalhando aqui. No começo foi mais difícil, mas agora já está mais fácil de você chegar junto das pessoas e se relacionar, se comunicar mesmo. Mas vamos dizer, tem 70% que já te aceitam e que você consegue chegar e conversar, mas ainda tem 30% que é mais difícil, principalmente com (o)a chefe. Ela é bem difícil de você chegar. Ela nunca tem tempo pra você, pois ela está sempre correndo, às vezes é melhor falar por telefonar e passar o problema para ela do que pessoalmente, porque por telefone às vezes você consegue falar, né, e às vezes você resolve o seu problema por telefone. Pois às vezes você vem com um problema, chega aqui e você passa a manhã inteira e não consegue nada! Mas a gente até entende, porque às vezes está muito cheio de coisas mesmo. Agora quando você precisa mesmo resolver uma coisa de emergência, daí eu vou atrás da fulana, chamo ela num canto repasso para ela, daí a [fulana] me ajuda a resolver, pois como auxiliar de enfermagem pode ir la bater e interromper, eu não posso, né. Daí repasso para ela e a gente tenta resolver. Mas ainda estou aprendendo a me relacionar com as pessoas aqui. (NM4)

O depoimento seguinte trata especificamente do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, refletindo a fragilização do papel de mediador e o elo destes trabalhadores gerados por uma comunicação deficiente entre os membros da equipe no encaminhamento de respostas à demanda deste trabalhador no atendimento à comunidade:

Ah, eu acho que às vezes tem uma parede enorme assim no meio da gente. Às vezes você traz algumas coisas que você precisa deles (da equipe da área) para dar encaminhamento, mas daí eles dão uma expectativa pra você, porque você vai lá junto as famílias, levanta aquele problema, e você traz pra eles, mas daí, outro problema é gerado, desta vez entre

você e a equipe. E o pior é que você fica sem poder voltar novamente naquele lugar, pois você não tem uma resposta do problema encontrado e que levantou naquele local. Você não tem uma resposta para dar para aquelas pessoas e fica chato você ficar atrás da equipe ou pessoa responsável por resolver aquele problema. Às vezes acaba passando uma, duas semanas e na terceira semana, ninguém nem lembra mais daquele problema, só que aquele problema está lá, esperando uma resposta. (...) Ai às vezes eu me sinto incapaz, porque mesmo sem querer a minha presença lá na comunidade já dá uma certa expectativa de respostas para as famílias, para as pessoas, né, então a pessoa fica esperando por uma resposta... Eu nunca digo que eu vou resolver, sempre digo que vou buscar uma resposta para ela, e às vezes fico devendo. Veja, agora mesmo, eu estou devendo uma resposta para um lugar e eu não consegui ainda, e já estamos na terceira semana que eu passei o problema em várias que as pessoas esqueceram. É muito chato isso, porque você tem que ir lá ver essas mesmas famílias e pessoas, mas como é que você vai chegar lá, com que cara você chega lá sem a resposta pra essas pessoas? (NM10)

A narrativa a seguir destaca a interação profissional-usuário favorecida pela educação em saúde junto à comunidade assistida. A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde (COSTA & LÓPEZ, 1996). Trata-se, portanto de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, e deles próprios, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde:

É gratificante quando a gente percebe que as pessoas melhoram após uma orientação da gente. Na odontologia, a gente leva escova de dente, pasta e vai lá, escova a boca, ensina como colocar a pasta, na quantidade adequada e daí a gente percebe que eles vão aos poucos abrindo caminho... aprendendo mais. (NM2)

O depoimento comprova que no âmbito do PSF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Espera-se, entretanto, que essa equipe esteja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da sua área adscrita identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, e desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos. (BRASIL, 1997; CHIESA & VERÍSSIMO, 2003)

Nessa categoria, os profissionais/trabalhadores referem que a construção de vínculos é estabelecida na dimensão da comunicação do trabalho em equipe estando alicerçada pela confiança interpessoal, colaboração, respeito, interesse e preocupação com o outro. A construção de vínculos é refletida no trabalho em

equipe “*entre*” profissionais/trabalhadores e profissionais/trabalhadores e usuário, como possibilidade de educação em saúde.

d) Percepções e o sentido do trabalho

Os depoimentos dessa categoria encontram-se divididos em três temáticas: trabalho no sentido ontológico; trabalho como compensação financeira e meio de sobrevivência, e trabalho na saúde.

- Trabalho no sentido ontológico

Nesse grupo, os depoimentos expressam que, à medida que os trabalhadores realizam a produção de sua vida material, eles se identificam enquanto ser social através de sua história de vida (MARX, ENGELS, 1993). Nessa perspectiva, a devida apreensão do ser do homem exige que se colha, na sua processualidade real, a produção e reprodução da sua vida material, porque é aí que reside a diferença primária entre ser humano e natureza. Em primeiro lugar, ele produz-se a si mesmo e, ao fazê-lo, se determina como um ser em transformação, como o ser da práxis; em segundo lugar, essa realização, transformação, só pode ter lugar na história. (GADOTTI, 1984; IANNI, 1994; BRAVERMAN, 1987)

É, portanto através do trabalho que o ser do homem responde à necessidade ontológica fundamental de existência como ente objetivo, real, corpóreo. Com efeito, o trabalho tem estatuto de anterioridade em relação às outras categorias constitutivas da vida humana; ele é, portanto, do ponto de vista da ontologia do ser social, o momento fundamental, o momento predominante na processualidade do real. (MARX, ENGELS, 1993 P. 27)

O sentido e significado de criação, transformação, autoria e realização do ser mediante o trabalho é plenamente evidenciado nas narrativas de NS1 e NS6:

Eu acho que o trabalho é assim, além de você estar vivendo e fazendo aquilo que você gosta mais de fazer, de estar botando sua habilidade na prática, é tua satisfação pessoal, é teu crescimento enquanto pessoa, enquanto homem. (NS1)

[...] é o local onde eu posso aplicar a minha capacidade, o meu talento, o meu dom. Trabalho para mim é um local onde possa aplicar o meu conhecimento e o meu talento e que me satisfaz. Mas tem que ser o local em que me sinta satisfeita, feliz com aquilo que estou fazendo, que eu tenha vontade de me desenvolver ali dentro, que eu me veja sendo modificada ali dentro, que tenha vontade de crescer ali dentro, que eu não me sinta apenas como um emprego. [...] é um local onde eu possa modificar e de alguma forma me modificar também. (NS6)

Na mesma direção, o trabalho é entendido como processo e projeto de vida, mediante o qual o ser se faz “a cada dia”, e transforma a si e o mundo, é quando o ser imprime sua marca no mundo; como destacam os depoimentos de NM8 e NS3 abaixo:

O trabalho me ensina e me enriquece, me faz melhor. Cada dia que eu venho aqui eu aprendo mais um pouquinho, eu percebo que eu não sou a mesma pessoa de ontem que com certeza não serei a pessoa de amanhã, vou me fazendo a cada dia. Afinal, estamos aqui para atender o mínimo possível, estamos aqui para realizar um trabalho com qualidade. (NM8)

É no trabalho e nas relações que faço aqui dentro que me constituo como pessoa, é meu crescimento pessoal. Eu tenho certeza, que é no meu trabalho que de alguma forma, onde tem o meu estilo de vida e tudo o que me faz bem, né,? (NS3)

- Trabalho como compensação financeira e meio de sobrevivência.

Quando lhes foi perguntado o que compreendiam por trabalho, alguns entrevistados(as) limitaram-se a referir o trabalho como compensação financeira e meio de sobrevivência, como emprego e função remunerada para seu sustento. É o que relata a narrativa NS5 abaixo:

Trabalho... acho que trabalho é a forma pela qual o ser humano adquire seu provento, o seu sustento, de onde ele ganha dignamente o seu dinheiro para viver, é o trabalho. Onde você exerce uma função e ela é remunerada ou não, no nosso caso ela é remunerada, então você ganha para exercer, para fazer, para trabalhar. (NS5)

No entanto, ao lado da dimensão material e econômico-financeira, outros depoimentos associam ao trabalho a dimensão de realização, satisfação pessoal:

O trabalho além da parte financeira, [...] sempre que pensamos em trabalho logo relacionamos com emprego, salário... não é verdade. Mas é o que também necessitamos mesmo. Todo mundo precisa da parte financeira para se manter e viver, mas essa parte tem que somar com a satisfação pessoal, pois não adianta você estar trabalhando em uma coisa, que você está recebendo, mas você vem trabalhar num mau humor danado e aquilo que em vez de satisfazer causa um mal terrível. (NS1)

É realização, retorno financeiro, crescimento. (NS2)

- Trabalho em saúde

Os entrevistados(as) NM5 e NM7 se referem ao trabalho da saúde como um trabalho diferenciado, relacional, que envolve interação, empatia, diálogo e construção de vínculo, e quando estão presentes a emoção, a ansiedade, o sofrimento e a dor.

Alem disso, se referem ao trabalho na saúde como um processo interativo, como relação e troca, além de destacar aspectos caracterizadores do trabalho no

PSF, como a construção de vínculo e a responsabilidade na relação com o paciente/usuário:

Trabalho... nossa é difícil.... bom... é fazer realmente o que gosta com amor, carinho e dedicação. Trabalhar na saúde é bem especial, pois é uma troca. Você deve estar procurando sempre mais conhecimento, pois exige muita reflexão, responsabilidade e construção de vínculo para auxiliar na relação com o paciente/usuário proporcionando eficiência ao cuidado que realizo. (NM5)

É uma atuação, uma ação junto ao ser humano para tentar sanar algum problema ou amenizar as situações de uma doença presente. É uma ação que não faço sozinha como uma outra ação qualquer, pois existe uma pessoa junto comigo, e para a minha ação dar certo, eu preciso agir com a ajuda dela, é uma relação também, você me entende? (NM7)

O depoimento abaixo destaca a dimensão profissional do trabalho em saúde, um exercício elaborado por pessoas habilitadas, orientadas a um fim social ou individual:

Trabalho é exercer uma profissão, como se diz, é o manuseio de uma profissão, de uma arte, acho que o trabalho é isso. Na área da saúde o trabalho é o desenvolvimento dessa arte no intuito da melhoria da saúde de nossa população, ou de um certo indivíduo (NS4).

Já a narrativa de NM8 ressalta a diferença entre o trabalho na saúde e o trabalho industrial no momento da interação profissional-usuário; destaca também o aspecto relacional do contato/relação entre quem presta e quem recebe o cuidado/assistência em saúde; refere a interação e a construção de vínculos, aspectos que são caracterizadores do trabalho em saúde no PSF:

É um trabalho que envolve principalmente muita interação entre as pessoas. Você tem que ter empatia com as pessoas, com o paciente. Não é a mesma coisa de uma fábrica que faz uma cadeira. Você não vai chorar se a cadeira for embora ou quebrar. Aqui é diferente. São pessoas que estão ali com suas emoções, seus problemas, com seus desejos, seus defeitos. É ainda mais no PSF, que você interage mais com o paciente, pois você conhece a família dele, a casa dele, você conhece a história dele, você constrói vínculo com ele. (NM8)

Na mesma perspectiva, da especificidade do trabalho em saúde, o depoimento que segue abaixo distingue o trabalho na saúde e outros trabalhos de serviços como o comércio, por exemplo; além disso, o enfoque do trabalho em saúde é de uma relação de troca, ajuda, recompensa e reconhecimento.

Na área da saúde isso significa muito mais. Trabalho na saúde é amor ao ser humano. E que apesar do trabalho na lojinha, também ser um serviço, lá você compra um monte de roupas para você vender em sua loja pensando num outro, pensando numa fulana que vai comprar estas roupas... Mas na saúde é diferente... lá na lojinha não é "em prol dos outros" como é na saúde. Na saúde você está mexendo com o próprio ser humano! Não é uma coisa, que você pode simplesmente, consertar, refazer ou descartar assim... Aqui não pode haver falhas... ou se estas houverem devem ser mínimas... Não tem troca. Não é verdade!? Não é assim: levou, rasgou, quebrou, retorna e vou trocar. Não é assim. Pois como é que fica o ser humano? Por isso é que eu te disse, no começo: "cada pessoa deve ser tratada de forma igual, mas com diferenças.!" e isso serve pra todo lugar, mesmo aqui.! E assim eu me faço ver como eu sou. (NM6)

Por outro lado, ao trabalhar com pessoas, envolver-se com elas e com sua história, resulta que o trabalhador em saúde enfrenta situações dolorosas e difíceis, é o que verificamos nos depoimentos NS1 e NM8:

[...] eu acho que é um trabalho bastante difícil, não é fácil trabalhar com pessoas principalmente, com pessoas doentes, né, que vem com dor, com ansiedades... Não é uma tarefa fácil. Não é fácil. (NS1)

É uma satisfação dolorida, você tem o prazer de ver o seu trabalho sendo reconhecido, pois o paciente te conhece, ele vem aqui na unidade, ele te procura, procura pelo teu nome. Mas ao mesmo tempo, você termina sofrendo quando vê o sofrimento dele, entende? (NM9)

A diversidade de pessoas e das ações / atividades de trabalho, se por um lado é razão de ansiedade, por outro é estímulo justificante para um trabalho que exige criação e aprendizagem cotidiana:

O trabalho na saúde para mim é muito gratificante e abrangente também. Porque a gente sempre está aprendendo, pois a gente nunca sabe de tudo e trabalhando na saúde a gente descobre que sabe do menos ainda. Todo dia gente aprende mais um pouquinho, sempre uma coisa diferente da outra, pois trabalhamos com pessoas, com os sentimentos, com a dor, sofrimento. E ninguém é igual a ninguém. (NM10)

O trabalho na saúde é aqui apresentado como trabalho de ação – reflexão – ação, “reflexivo enquanto proteção e resguardo” (OFFE, 1991, p.15-16); além de mencionar também a parte técnica. Na última parte do depoimento fica evidente a necessidade de uma formação integral, pois o trabalhador necessita da aquisição de conhecimentos diversos que envolvem uma dinamicidade enorme de compreensão de outras áreas do conhecimento, portanto, interdisciplinar.

O trabalho na saúde é uma coisa tão reflexiva, toda hora acontece coisas... é uma situação muito dinâmica. Tem tanta coisa junto também ... (NS7)

Nos depoimentos seguintes abaixo, o trabalho aparece como reconhecimento e como o aprender com o outro, na produção da subjetividade:

Trabalho significa você fazer algo em prol de você, mas também por outro. Então o que é você trabalhar: é você batalhar por um lugar ao sol, teu, mas sendo que você está estendendo isso ao próximo, de alguma forma você está estendendo ao próximo. Não importa em que área, em tudo, eu acho que trabalho significa assim, mesmo que você tenha uma lojinha. (NM6)

É um local onde eu posso receber em troca uma resposta seja lá uma resposta financeira, claro que uma resposta financeira é importante, porque é dele que dependo né, mas uma resposta em termos, daquilo que estou dando, repassando para as pessoas... e saber se isso que estou fazendo está adequado ou não e se essa resposta vai vir em forma de sim, razoável ou não, enfim, se eu estou fazendo isso e minha saúde está melhor ou “não está melhor realmente”, “isso aqui não está fazendo a diferença para mim”. Então tenho que saber se eu estou sendo capaz de aplicar tudo o que eu gostaria em relação ao paciente.(NS6)

As relações de poder e a disciplina estão presentes nos depoimentos a seguir, no entanto, percebe-se evidências de resistência nas relações de trabalho.

Para Foucault, citado por Lunardi-Filho, et. al., (2001) as relações de trabalho são percebidas como relações de poder e não somente como relação de produção, pois “estas relações de poder, constroem, produzem e põem em prática uma anatomia política: a disciplina” (p.94). De acordo com as abordagens desse autor, a disciplina como mecânica de poder na prática tem como objetivo a dominação do trabalhador, seu esquadrinhamento, desarticulação e recomposição. A resistência é uma categoria muito presente na prática profissional, a subjetividade aqui aparece como uma categoria de oposição ao estabelecido formalmente. E o que evidenciaram os depoimentos NS3 e NS7 a seguir:

Às vezes eles dão treinamentos, sabe, mas não sei do que eles estão falando! Outras vezes você vai para aquelas discussões dos programas e nos apresentam protocolos como se você não tivesse autonomia nenhuma pra mudar, mas aqui você mostra, não faço, vou continuar fazendo igual ao que sei fazer, sabe... e muitas vezes a gente, a minha equipe não faz estes protocolos. Ah! querem que a gente, os médicos, atenda somente três consultas ao ano para a criança. Não concordo! (...) sei que a criança precisa vir todo mês sim, durante o primeiro ano de vida. Tem que vir. Eu finjo que não escutei e faço, continuo a fazer! A paciente não precisa fazer preventivo todo ano. Precisa sim, se eu faço todo ano, porque que a paciente daqui não precisa fazer? Eu tenho vida sexual ativa, tenho parceiro fixo, teoricamente não tenho nenhum risco. Porque que a paciente daqui não precisa? Ah! não há necessidade porque o protocolo diz isso isso e isso... Mas eu digo, eu continuo indicando anualmente para que seja feito o preventivo. Faço e farei o que diz a minha consciência, e não o que está escrito num papel, num protocolo. Eu vou continuar acompanhando uma paciente todo mês sim. (NS3)

É por isso que acabo demorando mais com todo mundo, né? Mas assim eu acabo vendo tudo mesmo, perguntando tudo independente do motivo da consulta. Mas isso é meu, é assim que me sinto bem fazendo, dando a minha parte no meu trabalho. Eu noto hoje que já fui mais rápida, porque antes eu dava conta de fazer tudo, mas hoje eu acho que é aquela compreensão, na medida que você amplia os conhecimentos e a querer fazer em uma consulta, fazer tudo para que essa pessoa não retorne, para que seja mais uma, entende? Daí você acaba demorando mais mesmo. [...] Eu penso que se ao invés de passar a bola para outro, se cada um resolvesse a sua parte, muita coisa se resolveria e aliviava para o paciente, então eu já tento resolver lá. Quinze minutos, sabe, não tem como, o problema é que assim quando você faz sozinha, sozinha, sozinha. Uma hora está tão cansada, eu não consigo avacalhar, porque acho que isso é meu. (NS7)

A disciplinarização do espaço e dos corpos, o controle e o poder referidos por Foucault (1986, 1991) estão presentes nos depoimentos NS6 e NM5 que seguem, e isto afeta tanto a potencialidade / criatividade dos trabalhadores do PSF, quanto as condutas prescritas aos usuários:

Existem muitas pessoas criativas na equipe e que por causa de uma metodologia de trabalho que foi imposta, as pessoas se retraem, não tem vontade de mostrar coisas novas, ou de criar coisas novas, ou de apresentar novos projetos e de até se envolver com aqueles que estão em andamento, porque elas vão ser tolhidas (NS6).

Neste momento nós estamos tentando organizar algumas coisas, a gente já teve problemas com senha ali na frente. Então decidimos fazer o seguinte: o guarda deixa o povo entrar 6 e meia, 15 para às 7h. Daí eles se organizam ali dentro mesmo nas cadeirinhas, posicionamos as cadeiras de maneira diferente o que melhorou bastante, pois antes já ocorreu até briga aqui dentro. Quando entramos às 7h, sempre em duas na recepção, a gente abre as agendas dos médicos. Orientamos a todos o que vai ser feito, pra eles pegarem as senhas, para que possamos começar a chamar na recepção e fazer a 'triagem'. Isso é a manhã inteira, atendendo a demanda. Como falei para você a demanda está bastante grande, e temos tido bastante trabalho. Ultimamente, mesmo estando escalada na recepção, fico auxiliando o atendimento no corredor também (vacina, coleta exame, inalação) pra não ficar aquele tumulto, pois tem um pessoal que está pra coleta, mas vai fazer também inalação, vacinas, certo? Assim, ajudo as meninas da coleta, da triagem e faço a recepção. Mas sempre deve ficar uma de nós na recepção para atender a demanda que entra (NM5).

Baseando-nos no conceito de poder para Foucault (1991), este é entendido como uma rede de relações de forças que circulam entre os indivíduos, uma rede difusa sem um centro ou espaços de subordinação definidos, mas que objetiva sujeitos, relações e situações sociais, formas de sociabilidade produzindo subjetividades.

As relações de trabalho e o atendimento às necessidades da demanda, a interação como mediação e a comunicação interpessoal para a constituição do outro, compõem processos intersubjetivos, ao mesmo tempo em que os trabalhadores influenciam-se mutuamente, modificando-se individualmente.

As narrativas NS3 e NS6 a seguir apontam a interação no trabalho e demonstram as relações construídas entre os profissionais na constituição do eu e do outro, o crescimento no trabalho, o aprendizado em equipe multiprofissional, o compartilhar, a colaboração, a carência de formação psicológica, o apreender nas relações construídas e no atendimento às necessidades da demanda:

Para o trabalho (...) eu trago tudo que me faz feliz, e eu quero mostrar o que eu poderia melhorar na vida das pessoas com alguma coisa, com o que eu tenho e sei fazer. Quero trazer e repassar através do meu trabalho o que eu tenho de bom e de experiência nova, o que eu faço de novo para as pessoas além. Sei que eu tenho um lado curativo que tenho que resolver, eu tenho. Mas eu tenho muito mais o lado em que eu possa mostrar, que eu posso conversar, que posso ver e que para muita gente vai ser um exemplo. [...] Eu acho que até mais é no contato com os meus colegas e eu acho que em relação aos colegas de trabalho muitas coisas que acontecem, eu tiro alguma coisa para mim, não sei se eles vêm com essa carga, contudo claro, que muitas vezes eu mesma sirvo de exemplo para eles, eu só vejo assim (NS3).

(...) Um desafio atual é me organizar para ser um pouco mais prática, para não me deixar envolver muito por conversas mesmo, que não tem muito objetivo em termo de consultas. Então, tentar ser objetiva, e também o meu desafio é desafiar as outras pessoas com quem trabalho para fazerem coisas diferentes, se tornarem pessoas diferentes, também em relação a si próprias, em relação ao trabalho, seja com o colega de trabalho ou com o paciente mesmo. Que não seja uma coisa assim: *'Ah nasceu assim, vai fazer sempre a mesma coisa'*. Temos que enxergar às coisas do jeito diferente. Eu ainda me sinto um pouco frustrada, um pouco frustrada, por que ainda não tenho muitas condições talvez internas de suportar algumas coisas, sejam as demandas emocionais, enfim sobre as coisas que eu realmente

não tenho treinamento. Vou falar de uma coisa assim bem pontual: criança que está no conselho tutelar, mas não sei muito trabalhar com isso, não consigo muito julgar uma situação dessa, nunca sei se estarei invadindo lá situações não vividas internas na família ou porque o pai é desleixado mesmo, realmente encaro como uma falha minha, daí não sei ir para frente, não fui preparada para isso. Às vezes as pessoas vêm aqui com situações desse tipo, mas e aí, o que a gente faz... o que eu tenho que fazer, eu não sei, daqui para frente... Então você há de convir comigo que falta isso... (NS6).

De acordo com Velho (2002) a subjetividade do indivíduo se desenvolve em função da sua interação com o grupo, sendo no espaço do grupo que se torna possível implementar os mecanismos de sociabilidade fundamentais para a produção da subjetividade. Lunardi-Filho, et.al., (2001) afirma que a “fabricação de um operário não se dá apenas mediante sua formação nos cursos profissionais ou no próprio trabalho, mas decorre de tudo o que se passou anteriormente, na família, na creche e na escola”. (p. 92)..Portanto, a formação é um processo em construção, e dinâmico, reconstruindo-se dia após dia.

A interação e a subjetividade, “o modo de ser moral do trabalhador” é produzido pelo poder nas relações de trabalho (LUNARDI-FILHO, et.al., 2001, p.94), e desta forma, formando o trabalhador em saúde; está bem representado no depoimento de NS1:

Quanto às vivências que adquirimos no dia-a-dia do trabalho, algumas coisas acabam reforçando algumas condutas certas ou não que tomamos, mas sempre nos apontam o caminho certo, isso sempre. Eu acho que às vezes, vendo um paciente em determinado estado e você consegue reverter, não só na parte biológica, mas na parte emocional do paciente, ajudá-lo a se restabelecer para enfrentar a parte social, eu acho que isso é muito positivo, pelo menos para mim. Isso eu percebo muito mais aqui dentro do PSF do que no meu consultório. O paciente de consultório é um paciente mais elitizado, que vai lá para satisfazer uma vaidade estética e não propriamente tratar de uma necessidade para sua saúde ou coisa assim. Mas na maioria dos casos aqui as pessoas precisam não só de resolver um problema, mas, elas necessitam de uma atenção maior. Eles chegam muitas vezes movidos pela mídia, pois eles vêem na televisão toda hora aí de que o sistema é como é, e que não se consegue consultas, e quando chegam aqui recebem o atendimento, um atendimento diferente, um atendimento humano, não digo só da minha parte, mas de toda a equipe, e isso muda a maneira de como o paciente passa a nos ver. Dá para ver na cara do paciente, a maneira dele sair, de agradecer depois, é isso que te estimula ao trabalho aqui e te dá aquela injeção de ânimo de novo, né, você vê a evolução quando você agenda um tratamento ou retorno para esse paciente, ou quando a gente chega e pergunta como está sua família, eu acho que isso é muito gratificante. Ai a gente aprende muito também, às vezes você está fazendo alguma coisa e daí pensa será que isso é realmente a conduta certa e depois você vê no final o resultado (NS1).

O depoimento seguinte mostra a necessidade de mais preparo e conhecimentos para os profissionais no enfrentamento da realidade da vida através das relações de trabalho; mostra a importância de formar os profissionais tendo em vista o contexto e a localidade de sua atuação, aliados a experiência adquirida no

próprio trabalho para a constituição do sujeito. Reforça a necessidade de uma educação permanente:

Olhe, [...] logo no começo, eu acho que as primeiras coisas que me aconteceram foi um choque mesmo de entrar em contato com realidades, com pessoas que antes a gente não entrava, não assim... tão de frente. Não tínhamos contato tão próximo da realidade dessas pessoas, mas particularmente da realidade social, a miséria moral e a miséria espiritual também, isso me chocou. Então foi assim, eu lembro que uma vez eu atendi uma moça que era, digamos assim, uma pessoa que se usava como uma fonte de renda da família. Digamos, então, ela estava casada e a pessoa com quem ela estava casada fornecia, uma digamos assim, uma cesta básica e algumas coisas assim para a família, no sustento. Ela estava grávida e não queria bebê de jeito nenhum e ela queria fazer aborto. . Isso me chocou de uma tal forma que você não imagina. Daí eu falei que a gente não fazia aborto, mas logo depois, eu fiquei pensando cá com meus botões, caramba, o que é que essa mãe, ou esse ambiente ou essa família, vai poder ofertar, oferecer para essa criança, meu Deus? E eu me lembro que cheguei em casa chorei, chorei, e me dizia assim: “ou você pára por aqui ou você enfrenta”. Pois foi Isso, eu tive que voltar a enfrentar, mas enfim aquela história não acabou muito boa, a família não está mais por aqui, mas isso não modificou o fato de ter que enfrentar essa realidade foi uma coisa nova para mim e eu estava aqui e eu sabia que não estava aqui por acaso. Então, tinha que tentar enfrentar isso de alguma forma, então, a partir do momento em que tive que enfrentar isso foi muito construtivo e está sendo até hoje, por que ainda estou me construindo ao longo do tempo, não terminei essa construção... E em muita coisa tem muita pedrinha, que falta pelo caminho, muito cimento a ser amassado... Mas esse choque com a realidade foi uma das coisas que me fez me modificar em relação a mim mesma, como médica e como pessoa. Eu cresci mais. A outra coisa assim que foi muito clara para mim foi enfrentar a pobreza, a pobreza que muitas vezes você só vê na televisão e não imagina que está tão perto. Você olha o catador de papel que passa na tua rua e você olha com desconfiança por que dizem que o catador de papel pode ser um ladrão e ficam só vigiando as casas e coisas assim. Então você tem que enfrentar a pobreza convivendo em mundos de pessoas e de gente muito sábias e honesta também, e você não tem como interferir tanto... apenas aprender com elas. Às vezes olhar e ver que tem gente muito corrupta em situação bem favorável, enquanto pessoas sérias e sábias estão ralando por aí... né? Então, isso me modificou, quebra preconceito, e eu acho que a partir do momento que a gente começa a quebrar preconceitos a gente, quebra uma porção de coisas da gente... (NS6).

No depoimento a seguir, a fala remete a um deslocamento do espaço do convívio familiar para o espaço do local de trabalho, quando este afirma ser o local do trabalho seu segundo lar. Como refere de Lunardi-Filho, et. al., (2001) nessa situação percebe-se a apropriação pelo trabalhador do espaço público como espaço privado:

Nossa equipe é muito unida, e já saíram altas brigas entre nós; mas todos são responsabilizados em conjunto; quando tem que ser cada um arca com o que faz, e fazemos um trabalho muito junto mesmo, procuramos ser solidários com o colega de trabalho, entendeu? Mas mesmo quando brigamos aqui, quando saímos daqui não tem mais nada, entendeu? Mais nada! A gente briga para que o trabalho pelo menos dê certo, essa é a grande verdade, e crescemos nessas diferenças, aprendemos com isso. Só ficamos de mal por momentos... e saindo daqui, todo mundo é amigo! Tanto que nós, e eu em particular, tenho [fulano e sicrana] hoje como irmão meus. Não sei, nossa aproximação hoje é muito grande. Mas com todos procuro fazer amizades aqui. A minha relação com diversas pessoas é hoje de amizade mesmo, apesar de já ter ouvido (o)a próprio(a) chefe falar: “o que prejudica as coisas aqui é vocês protegerem um ao outro dessa forma; até parecem filho um do outro”; e é que trabalhamos a pouco tempo juntos, a maioria de todos aqui só vieram trabalhar aqui a três, quando muito quatro anos. Com alguns, tipo com [fulano e sicrana] é

como se a gente fosse irmãos mesmo, e além disso sou uma grande amiga hoje não só dele, mas de toda a família, eles são minha família também sabe; vou a aniversários da família e tudo mais na casa deles (NS3).

O espaço do lócus do trabalho é percebido entre os trabalhadores, como nos informa Lunardi-Filho, et. al., (2001, p.94), “como o espaço no qual se estabelecem as relações intersubjetivas, o espaço da interação e convívio construído entre si, estabelecendo-se relações de amizade e de camaradagem”, como um membro de sua família.

Percebe-se um deslocamento e não a substituição do espaço do convívio familiar para o espaço do local de trabalho, a unidade como um segundo lar, ou seja, a apropriação pelo trabalhador do espaço público como espaço privado: “os trabalhadores (re)inventam o espaço de trabalho enquanto espaço privado (familiar), sem o que não subsistiriam à inclusão de quase a totalidade de seu tempo de existência no locus de trabalho. Em sua (re)invenção criam forças em seus corpos à suportabilidade de condições de trabalho que os penalizam na longa jornada de trabalho diária e a sua acumulação no tempo de sua permanência neste lócus. (LUNARDI-FILHO, et. al., 2001)

E ainda complementam que a apropriação do espaço público como privado, constitui-se em relações de trabalho que produzem a subjetividade do trabalhador, “o seu modo de ser moral”.

Os dados até aqui analisados nos remetem a compreensão do trabalho em saúde é entendido no sentido ontológico como processo e projeto de vida, mediante o qual o ser se faz “a cada dia”, e transforma a si e o mundo, é quando o ser imprime sua marca no mundo; é também entendido como satisfação das necessidades básicas, como auto-realização e como um processo reflexivo, permeado de situações imprevistas. A diversidade de pessoas e das ações / atividades de trabalho presentes no processo, se por um lado é razão de ansiedade, por outro é estímulo justificante para um trabalho que exige criação e aprendizagem cotidiana.

4.2.3. Eixo III: A Formação no trabalho em Saúde: as condições existentes para a troca de conhecimentos - o “instituído”.

Apresentamos a categoria **formação no trabalho em saúde: o “instituído”**, descrevendo as condições existentes para a troca de conhecimentos no trabalho em saúde e relatando como essa formação em saúde está se dando.

Quando perguntado sobre a relação que o profissional fazia entre sua formação inicial e as atividades desenvolvidas no PSF, percebe-se depoimentos que acentuam que a formação inicial está desvinculada do contexto do PSF e da Atenção Básica.

Percebe-se também, a partir dos depoimentos, que as referências sobre pós-graduação em saúde reproduzem o quadro descrito para a graduação. Dá-se ênfase a especializações que confirmam e aprofundam o modelo mercantilista e elitista de algumas profissões, tendendo a “especializar” mais o especialista no mesmo marco conceitual pedagógico, ratificando um tipo de prática há muito ultrapassada e cada vez mais alienada da realidade nacional.

Esse fato, em parte, se relaciona, por um lado, à não adequação / atualização dos currículos formativos iniciais, em parte devido aos profissionais de nível superior e médio terem concluídos suas graduações e cursos de nível técnico e médio ainda baseados em currículo anteriores ao programa Saúde da Família. Entretanto, não justifica o fato de a formação continuada desses profissionais permanecer desvinculada do contexto do PSF.

Essas preocupações, desde 1986, vêm sendo referidas nas Conferências Nacionais de Recursos Humanos e em documentos oficiais do Ministério da saúde como é o caso da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH/2002) que trata da política de recursos humanos voltados ao fortalecimento da Atenção Básica no SUS, em especial, à Saúde da Família (BRASIL 1986, 1993a, 2002). Entretanto, percebe-se no depoimento NS6 que a ênfase dada aos cursos continua sendo para procedimentos de cunho curativo, foco centrado na doença clínica, deixando para segundo plano a formação / capacitação dos profissionais quanto às ações preventivas e de promoção da saúde.

(...) os cursos que tive auxiliaram somente na parte técnica, somente a parte técnica no sentido da doença clínica mesmo. Só que eu sinto uma deficiência muito grande em termos de sociologia, em termos de psicologia, de antropologia. (...) Mas eu acho que eles ainda estão muito focados em termos de tratamento das doenças prevalentes. Assim, ainda temos cursos focados em cima de doenças né (NS6).

O depoimento abaixo refere às necessidades que deveriam ser abordadas na formação em saúde tendo em vista o enfrentamento da realidade social vivenciada na prática por esses profissionais. Segundo NS2, enquanto a formação profissional

inicial ('o meu curso') não tem relação com o que é praticado no PSF, já a formação continuada ('especialização') apresenta algumas relações:

O meu curso foi totalmente diferente do atendimento em serviço público desde a atuação do profissional até a atenção direcionada ao paciente, tudo. Quando fiz especialização em odontologia em saúde coletiva em 1995, vi relação com algumas coisas que eu faço hoje principalmente da parte organizacional, os princípios do SUS, algumas ações preventivas, mas no restante, *'não tem muita coisa a ver'*. Agora eu acho que nossa atuação aqui na unidade é um pouco daquela atuação que almejamos enquanto PSF, apesar de tudo (NS2).

Nos chama atenção, em alguns depoimentos, a expressão que refere que os conteúdos dos cursos "não têm muita coisa a ver" com as atividades que desenvolvem. Nesse sentido, levantamos dois questionamentos. O primeiro é quanto à formação inicial. Ou a formação inicial é frágil em termos de base técnico-científica específica ou pelo menos não houve depoimentos que evidenciassem a falta dessa base e que as escolas (medicina, enfermagem ou odontologia) apresentassem incisivamente uma fragilidade dos conteúdos técnicos da formação inicial. O outro questionamento é sobre a concepção do SUS e do PSF que se choca com a concepção formativa dos profissionais. Há efetivamente um choque de concepções entre a formação ofertada aos profissionais e a concepção do programa, o que implica em problemas no exercício das atividades profissionais e gera também uma certa impossibilidade dos usuários usufruírem plenamente do programa e do serviço:

Olha, temos alguns cursos que não tem nada a ver, e tem outros cursos que é coisa que você já está careca de saber e que não precisava, entendeu? Mas por que não olham o que realmente a gente precisa eu não sei! (...) E para cada unidade de saúde, a realidade da população é diferente. (...) Devia também estar sendo verificado por que esse curso não serve, e levado em conta as nossas necessidades... entendeu? (MN6).

Nessa narrativa, a relação feita refere-se ao viés mercadológico na oferta da formação continuada – 'o pacote de cursos que já vem pronto'. A formação ofertada é em grande medida decidida de fora, no âmbito mercadológico dos grupos da saúde.

Na mesma direção, o profissional NS5 destaca a importância do recente redirecionamento dos cursos da área da saúde cujos currículos tinham direcionamento ao âmbito hospitalar e mudaram para o enfoque de saúde coletiva:

Eu procuro sempre usar o que aprendi junto aquilo que estou aprendendo no dia-a-dia, daí fico conciliando as coisas. Apesar de que todos nós sabemos que nossa formação estava direcionada mesmo para o âmbito hospitalar, e antes da mudança dos currículos, os cursos da saúde não focavam a saúde coletiva, então aprendi a fazer administração hospitalar

mesmo, é bem a verdade. Mas eu acho que ainda as pessoas fazem muita confusão. Muitos enxergam o PSF basicamente pelo foco dos programas específicos privilegiando só as ações sobre esses programas. Mas eu vejo o seguinte: você tem que dar o atendimento individual respeitando cada ser, respeitando cada problema individual e daí você parte para o foco coletivo. Porque o que se vê por aí é uma mistura, sei que o coletivo vai repercutir no individual, aquele coletivo vai vir para o individual e todos aqueles coletivos vão vir para o individual também e vice versa, e cada pessoa tem sua característica, não é igual ao outro (NS5).

Em perspectiva semelhante, porém destacando a importância do enfoque interdisciplinar para a formação em saúde, os profissionais NS6 e NS7 referem a necessidade de vínculos curriculares e formação com as ciências sociais como a sociologia, antropologia, psicologia, abrangendo ainda as áreas do serviço social e área jurídica:

Acho que os cursos que tive me auxiliaram somente na parte técnica, somente a parte técnica no sentido da doença clínica mesmo. Só que eu sinto uma deficiência muito grande em termos de sociologia, em termos de psicologia, de antropologia. Eu acho que são ferramentas que como médico de família temos que ter, porque é um baque enorme a gente chegar assim de um momento para o outro e enfrentar a parte social. A gente está muito acostumado atrás do vidro, só restrito na doença, organicista, e a gente apesar de saber do tratamento que existe, muita coisa é psicossomática mesmo, mas só que quando a gente vai ver não temos ferramenta externa e interna nenhuma para enfrentar essa realidade lá fora. Eu acho que alguns cursos estão muito focados em termos de tratamento das doenças prevalentes, e ainda temos cursos focados em cima de doenças. [...] A prevenção é colocada sempre junto, mas não tem aquilo que tem um treinamento sobre hipertensão, ou sobre o manejo de uma droga (NS6).

(...) o trabalho na saúde envolve tantas coisas, tantas situações que muitas vezes sai da área da saúde, inclusive, e que vai pra sociologia, pra antropologia, jurídica, sabe? E também é uma coisa técnica, exige muita técnica (NS7).

Os achados acima reforçam a importância de conhecimentos na área das Ciências Sociais para o agir em saúde. Não podemos esquecer que as questões de saúde em nossa sociedade também são sociais e políticas e mobilizam problemas culturais, religiosos e envolvem outros campos da saúde. Nesse sentido, o conhecimento das Ciências Sociais para os profissionais/trabalhadores de saúde torna-se crucial para o embate das situações advindas do cotidiano de trabalho por meio da religação dos saberes, trazendo aportes importantes à compreensão do significado dos problemas coletivos e individuais de saúde de grupos e segmentos sociais.

Esses conhecimentos trazem aportes para a compreensão das relações de vida em sociedade e de suas implicações na construção social, ampliando a compreensão das várias dimensões do processo do adoecimento e a própria condição do doente, no aspecto não apenas biológico, mas psicossocial, que

escapam a uma simples análise biomédica, dada a sua complexidade, tornando-se incapazes de se esgotarem nos olhares disciplinares na saúde.

Os depoimentos enfatizam a importância de ampliação dos conhecimentos a ser disponibilizado aos profissionais do PSF na atuação junto as famílias, de forma a dar conta da realidade encontrada. No entanto, o depoimento de NS7 demonstra um retrocesso na compreensão da formação e do trabalho a ser desenvolvido no PSF, pois encontra-se ainda atrelado a concepções de formação e trabalho tayloristas-fordistas, nas quais alguns pensam e outros executam. Ou seja, é preponderante a divisão entre os que pensam e, portanto, administram e concebem, e os que executam, os administrados. O depoimento mostra evidências que, cabe apenas aos gerentes / gestor, a detenção de conhecimentos sobre o processo de trabalho no PSF; restando aos profissionais apenas o fazer, destituído do pensar.

Eu sempre achei que os profissionais não precisam de capacitação oficial em PSF, mas sim a autoridade sanitária. Ela é que deve ter capacitação em Programa Saúde da Família, mas não pode ser qualquer gerente, entendeu? Acho que tem que ser um gerente que tenha uma visão, que saiba o que é o PSF (NS7).

Quando perguntado sobre os cursos que são ofertados no cotidiano do trabalho, encontramos relatos que dizem que os cursos quando são ofertados refletem uma formação continuada desarticulada das noções de integralidade, não promovem interação entre os trabalhadores e não refletem a atuação multiprofissional. Como nos mostra Feuerwerker e Sena, (1999), o processo de formação de profissionais capazes de enfrentarem os problemas da realidade implica numa ação educativa dinâmica e dialética visando desenvolver capacidade cognitiva, habilidades e atitudes que os faça conscientes da realidade humana e social e capazes de produzir transformações.

Para Gil (2005) todos os que atuam na Atenção Básica deveriam estar aptos para compreender e agir sobre os determinantes do processo saúde/doença, o que implicaria realizar uma síntese de saberes a serem utilizados na definição dos cuidados dos indivíduos e famílias. No entanto, o que se percebe é que as práticas profissionais impressas pelo modelo biomédico não valorizam tal percepção, limitando o cuidado às práticas pontuais e curativas. Nesse sentido, os dados encontrados remetem à reflexão sobre a efetividade das capacitações ofertadas para o desempenho das funções cotidianas dos profissionais da Atenção Básica.

Visto isso, fica evidente nos depoimentos a necessidade de mudanças e transformação na formação profissional em saúde. No entanto, questionamos: será que conseguiremos realmente grandes transformações se somente inserir mudanças na formação profissional em saúde, mantendo-se a gestão do trabalho em saúde da forma que se encontra atualmente? Com certeza será necessário repensar e criar novas investidas nos processos de trabalho em equipes multiprofissionais e institucionais. Será também necessário novas investidas e uma atuação diferenciada de supervisão destas equipes multiprofissionais no PSF com novos critérios gerenciais de auto-análise e auto-gestão que possam encorajar a arriscar novas formas de produzir as ações de saúde. (MATUMOTO, 2005)

Os depoimentos NS1 e NS2 também revelam que os cursos ofertados são direcionados preferencialmente aos profissionais de nível superior, não contemplando os profissionais de nível médio. Com relação à formação continuada anteriormente mencionada pelo entrevistado(a) (“especialização”), apresenta algumas relações. Em primeiro lugar é a falta de diálogo e o autoritarismo. Observamos em narrativa a seguir que, quando se tem a oferta de cursos, a chefia do serviço “encaminha sempre os mesmos profissionais”. Este fato denota uma relação hierárquica vertical interna em relação aos postos de trabalho.

A segunda é o viés discriminador em relação ao nível médio. Talvez por que o profissional que não seja de nível superior e não necessite de aprofundamento teórico, ele apenas precisa saber fazer bem, operar a tecnologia que lhe é disponibilizada no trabalho e saber fazer, e nesse sentido, mantém-se as relações de poder e dominação, ou seja, relação hierárquica no âmbito da concepção do conhecimento:

Temos um programa o ‘Cárie Zero’ que nos oferece treinamentos freqüentes, e volta e meia, têm palestras de aperfeiçoamento e cursos de atualização referente a ele. Nós tivemos agora um curso de atualização que ocorreu por seis meses, num convênio com a Associação Brasileira de Odontologia e a Prefeitura. No ano passado foi o dr. fulano que fez, neste último semestre eu fiz, e agora quem está fazendo é a dra. Tivemos uma atualização clínica em todas as áreas da odontologia, procurando enfocar a nossa realidade, pois não adiantava colocar aula de ortodontia pra quem atua no PSF, ou coisa que a gente não pudesse utilizar aqui. (NS1)

Principalmente para um nível superior, não podemos reclamar, temos tido muitos cursos de aperfeiçoamento através do Carie Zero. Entretanto nem sempre é garantido o acesso para o pessoal de nível médio. Alguns por falta de informação mesmo, muitas vezes o convite para participar de determinado curso não vem discriminado que serve a tais e tais profissionais. Ou então o que se observa é que [fulana] encaminha sempre... os mesmos, aqui dentro. Daí

sempre vai o pessoal de nível superior e quando se chega lá nos deparamos com curso voltado para o nível médio. (NS2)

Sabe-se, entretanto, que historicamente nos serviços de saúde, a polarização do contingente interno da força de trabalho sempre foi sustentado por profissionais atendentes de enfermagem – e, portanto menos qualificados - e de médicos, em detrimento a outros profissionais da equipe (enfermeiros, por exemplo). Este fato já havia sido discutido por Nogueira (1997) quando denunciava também os baixos níveis de escolaridade formal dessa força de trabalho em saúde, o segmento de profissionais auxiliares de enfermagem que constitui o “calcanhar de Aquiles” do processo de desenvolvimento de recursos humanos, especialmente, em nossas instituições públicas.

Observa-se que apesar dos avanços e conquistas alcançados após as Conferências de Recursos Humanos em Saúde ocorridas nos anos de 1986 e 1993, e de observarmos que essa tendência, já fora verificada desde meados da década de 1980, com a elevação do grau de escolaridade dos trabalhadores em saúde, particularmente de nível técnico, graças aos incentivos relacionados com a estratégia do Ministério de Saúde de fortalecer e ampliar a implementação dos programas de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF) no Brasil, pouco avançamos sobre a forma como essa formação deva ser efetivada nos serviços, pois ainda dispomos para a qualificação dos profissionais em serviço de treinamentos pontuais e precários e que não refletem o cotidiano do agir desses profissionais e serviços.

Podemos inferir que a manutenção desse problema está relacionada com a predominância de uma concepção formativa, que reitera o modelo médico-centrado que muitas vezes desconhece as demandas da realidade brasileira, não se comprometendo com as necessidades da população. Como também com a preponderância de gestão dos processos de trabalhos em saúde carentes de intervenção, auto-análise e supervisão diferenciada e adequada. Pois, não adianta alterar os processos formativos desses profissionais se o contexto institucional e de trabalho permanecer com os mesmos vícios e ranços de outrora.

A narrativa de NM6 denuncia que as necessidades de formação dos profissionais em serviço não são vistas pela administração/instituição; a narrativa expressa que as necessidades de formação em serviço deveria ser pactuada com os

profissionais em serviço, principais envolvidos e conhecedores das reais necessidades, entretanto, sabemos que isto carece de planejamento participativo, envolvendo a gestão do trabalho e os profissionais envolvidos em serviço:

Olha temos alguns cursos que não tem nada a ver, e tem outros cursos que é coisa que você já está careca de saber e que não precisava, entendeu? Mas por que não olham o que realmente a gente precisa eu não sei! Porque eu penso assim: para cada região, uma construção. E para cada unidade de saúde, a realidade da população é diferente. Aí o que teria que ser feito era ser revisto isso com a gente: ver quem estava necessitando, aonde, sobre o quê, não é? Devia também estar sendo verificado por que esse curso não serve, e levado em conta as nossas necessidades... entendeu? (NM6).

Os cursos não dão conta da realidade do PSF, isto é o que os depoimentos apontam. Os entrevistados(as) referem que os cursos oferecidos não refletem o contexto do trabalho, e em geral focam os protocolos institucionais de programas de saúde pública, ou ainda, reproduzem as abordagens centradas nos procedimentos clínicos ou epidemiológicos. Percebe-se pela narrativa de NS3, algumas resistências frente ao que lhe é imposto:

Os cursos que temos não dão conta do contexto do PSF. Não dão!. Não é indo a cursos de terapia intensiva neonatal ou de pediatria que vão me acrescentar coisas neste momento, a não ser que eu trabalhasse paralelamente com isso. Necessitamos de cursos sobre situações que vivenciamos aqui. [...] Não dão mesmo, tanto que eu brigo e muito quando vou nestes encontros, e digo que a realidade deles é outra, pois na nossa acontece isso, isso e isso. Não é possível que vocês estejam falando isso. Tem alguma coisa de errado, porque não tem a ver o que vocês estão dando. Algumas vezes você vai para aquelas discussões dos programas e nos apresentam protocolos como se você não tivesse autonomia nenhuma pra mudar. Mas aqui no trabalho, você mostra, não faço, vou continuar fazendo igual ao que sei fazer e que sempre deu certo... e muitas vezes a gente, a minha equipe não faz estes protocolos (NS3).

De acordo com Feuerwerker, Sena (1999), Gil (2005) e Freire (1996), a educação dos profissionais de saúde deve pautar-se nos conhecimentos experimentados, vividos, pois somente esses conhecimentos permitem formar pessoas com capacidade de solucionar problemas. Outro ponto importante destacado por esses autores é a pouca consciência social coletiva e a formação isolada dos contextos sociais.

Ao se perguntar se era só de 'mais conhecimentos técnico-científicos' que precisavam, os entrevistados(as), de forma quase unânime, colocaram que os conhecimentos técnico-científicos são importantes, mas existe uma carência de conhecimentos de relações humanas, de cursos nas áreas social e psicológica e que os profissionais carecem de valorização profissional e de experiência cotidiana:

Não. Nós precisamos de tudo, de mais tempo para atender o paciente, precisamos de valorização profissional também, precisamos de experiência, pois é o dia-a-dia, sabe, que

são situações que você vê e que não está lá nos livros, essas são as que nos dão conhecimento real. Eu acho que faltam cursos na área psicológica, porque aqui na própria instituição temos dificuldades de relacionamentos de profissionais com outros profissionais, sabe, e isso toda hora está influenciando... (NS4).

Eu acho que falta serem ofertadas técnicas de terapias e dinâmicas de psicologia e relacionamentos. Vou dar um exemplo: como é que você chega para uma pessoa que vive em um lugar que é pior que uma pocilga? Sério, às vezes eu tenho impressão que o lugar em que o porquinho está vivendo é mais limpinho que a casa de algumas pessoas. E chegar lá e falar assim “a sua casa é um lixo”? Você não pode chegar lá assim, pois quebra todo o relacionamento médico-paciente. Mas como é que você vai chegar e dizer:” olha que tal se... Eu acho complicado assim, é uma invasão na vida da pessoa. Se por um lado a gente deve ter oportunidade de repente de mudar um rumo, você pode é de repente sugerir para pessoa que se ela tiver alguns aspectos de higiene melhor, ela vai ter uma melhor qualidade de vida, na sua doença, enfim, numa série de outras coisas, mas como chegar a fazer isso que acabei de citar como exemplo, eu acho bem difícil. Eu dei esse exemplo simplista, mas tem coisas muito bem mais complexas. Mas não estamos preparados em muita coisa essa é a verdade (NS6).

Além do maior tempo para o atendimento ao paciente, de valorização profissional, eles carecem de experiência e aprendizado com as situações cotidianas que ficam no campo do empirismo, pois não lhes sobra espaço para o aprendizado continuado e em serviço. Somado a estes fatores está o despreparo sociológico e psicológico do trabalhador em serviço, frente às situações que emergem do dia-a-dia no trabalho em saúde.

Vale destacar também que as necessidades de cursos referidos em grande parte dos depoimentos são aqueles voltados para a área psicológica como suporte e auxílio aos profissionais no cotidiano de trabalho.

No depoimento seguinte, o entrevistado(a) refere que a possibilidade de novos cursos é um indicativo de que mais obrigações e mais trabalho lhe será atribuído aos profissionais do serviço:

O que a gente percebe na nossa área, é que quando você é chamado para fazer algum curso é porque vem sempre, é mais trabalho para você, tá? E sabe, vem sempre um pacote atrás mesmo, é sempre mais um programa a ser implementado é mais uma atribuição que se soma nessa correria do dia-a-dia. É sempre alguma coisa a mais que vão te empurrar... pra darmos conta de mais isto (NS4).

Outros depoimentos demonstram que a oportunidade de fazer cursos “fora” significa uma oportunidade de distanciamento do ambiente de trabalho. São as oportunidades de formação como fuga:

Às vezes eu fico procurando, eu nunca cheguei a pedir pra fazer um curso fora, por exemplo, da Prefeitura, ou alguma coisa assim, mas eu já pensei... Tem épocas assim que eu estou tão cansada de tudo aqui, que eu falo: me tira daqui um pouquinho, pra sair um pouco e fazer alguma coisa diferente...(NS6).

[...] e alguns querem é estar fora daqui, e aproveitam a situação dos cursos para sair um pouco daqui, essa é uma verdade (NS2).

Uma hipótese para a compreensão é ter nos espaços de formação uma oportunidade de fuga. Isso pode se dar devido a diversas condições das quais observamos durante a fase de coleta de dados da pesquisa. Uma delas é o número muito justo de profissionais em qualquer dos postos de trabalho e sem suporte ou reposição garantida na ausência de alguns por motivo de doença ou outra necessidade. Este fato causa sobrecarga para os que ficam no serviço. Nesse sentido, a possibilidade de saírem da Unidade de Saúde para um treinamento ou capacitação é uma oportunidade para ausentar-se do ambiente de trabalho. Para os que permanecem no serviço, este fato termina por não transparecer “uma sobrecarga” e de certa forma justifica a ausência do profissional no serviço. Aquilo que é então percebido como uma contingência, é na realidade uma situação permanente. Para aqueles que saem, é um momento para espairecer e descansar dos conflitos e da sobrecarga do cotidiano de trabalho.

Os achados nessa categoria nos conduzem a afirmar que devemos pensar um novo modelo de formação em saúde aliado a mudanças na gestão do trabalho em saúde. Um modelo de formação orientado pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde, na qual esteja vinculada uma compreensão dos processos do ciclo de vida dos indivíduos e de suas famílias, e a sua repercussão biopsicossocial e cultural, em face da qual impõe-se a necessidade do trabalho interdisciplinar à luz de novos paradigmas sobre saúde-doença, revendo-se os papéis e objetivos dos profissionais de saúde no desenvolvimento do agir em equipe. Estes pressupostos importam no conteúdo e habilidades a serem desenvolvidos e adquiridos pelas capacitações recebidas no cotidiano do trabalho.

Devemos considerar que os principais desafios para a formação do trabalhador residem principalmente em superar visões reducionistas e rígidas acerca de categorias como educação, trabalho e saúde. É importante repensar a perspectiva da formação como o processo de elaboração do conhecimento a partir do trabalho em sentido ontológico, que se dá nos espaços sociais, onde a formação do trabalhador se constrói num processo dialético, dialógico e consciente em torno do poder e da resistência que revestem os seus saberes e conhecimentos.

No entanto, aliados a necessidade de mudanças e transformação na qualificação e formação desses trabalhadores, é necessário haver mudanças nos

processos de gestão e nos contextos do trabalho no cotidiano da saúde. Caso contrário nenhuma forma de qualificação ou formação será capaz de alicerçar e reconduzir novas ações de saúde, alterando e reconstruindo o modelo assistencial do PSF.

Destaca-se a importância da construção dialogada entre os mundos do trabalho com o da escola, a partir da explicitação de diferentes interesses, valores e saberes, sociais e historicamente constituídos, para uma qualificação profissional entendida como construção e relação social, que implica examinar e relacionar organicamente, em cada momento histórico, os vários elementos que constituem a situação de trabalho, suas formas de organização social, construção de redes, de intercâmbio e circulação de saberes. (NORONHA, et. al., 2006b)

Portanto, redefinir o modelo de formação dos recursos humanos nos cursos da área da Saúde, tendo como referência a realidade social em que estes estão inseridos, desenvolvendo, também, habilidades necessárias ao trabalho no âmbito do SUS, é um fato. Estimular cada vez mais a participação do controle social principalmente através de Conferências Locais de Saúde por serem a esfera que possibilita a identificação e conhecimento da realidade social na qual trabalham os profissionais/trabalhadores de saúde, neste caso, aqueles da área de Saúde Família, facilita a definição, condução e implementação de políticas de educação e formação na área de Saúde, realmente viável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas questões se apresentaram durante o decorrer deste trabalho; e várias inquietações que motivaram esta pesquisa, ainda persistem; outras se somaram às primeiras; enfim, perguntas estão sendo refeitas. Neste momento em que concluo este trabalho de investigação, obrigo-me a realizar dois movimentos: primeiro apresentar uma síntese dos resultados do que foi produzido; e segundo, apontar e refletir sobre o que não foi possível abordar ou concluir neste trabalho, quer seja pelo tempo, pela temática, pelo recorte ou, porque aquilo que aparece agora como uma “questão pendente”, só emergiu como consequência do caminho percorrido, e cujos resultados em parte são apresentados na forma de texto escrito, ficando o restante como acúmulo ou demanda de conhecimento ainda não sistematizado.

Esta pesquisa investigou as condições existentes e necessárias para a interação e troca de conhecimentos entre os profissionais das equipes do PSF para a prática do agir em saúde de forma multiprofissional, coletiva e interdisciplinar, visando à integralidade da Atenção Básica em Saúde. Como objetivos específicos, buscou investigar o processo de trabalho da equipe multiprofissional de Saúde da Família, tendo como referência a produção de subjetividade e a interação dos sujeitos; descrever como ocorre a interação do trabalho da equipe multiprofissional, e analisar a relação entre os processos de formação inicial e continuada dos profissionais de saúde e as concepções e práticas solicitadas às equipes multiprofissionais do PSF para o agir em saúde.

Para a sistematização da pesquisa foram construídos quatro eixos de perguntas que buscaram responder aos objetivos; estes eixos favoreceram, durante as análises, a elaboração de categorias e temas em diálogo constante com o referencial teórico. Os eixos e as categorias estão inter-relacionados dialeticamente e organicamente, por isso as conclusões apresentadas apesar de terem os eixos e categorias como referências, não podem ser localizadas isoladamente num determinado eixo e/ou categoria, mas na trama que é construída pelas mediações e contradições postas entre elas.

Como condições existentes, os achados da pesquisa nos apontam que há um distanciamento entre o que está posto nas regulamentações e documentação

oficiais sobre a concepção do PSF e a organização perceptível da realidade. Percebemos também que os profissionais, conscientes deste distanciamento, quando falam sobre seu trabalho no PSF, se referem às questões concretas do trabalho, porém, muitas vezes falam da idealidade do PSF, ou seja, falam de um trabalho ideal no PSF para o real. Nesse sentido, a concepção de trabalho em equipe que esse trabalhador traz consigo foi construída tendo por referência o PSF ideal que traz a ele expectativas. Porém, dado que essa idealização traz expectativas difíceis de serem atendidas, o profissional, em muitas situações do cotidiano do seu trabalho, é levado a situações de frustração e sofrimento, tornando-se um trabalhador insatisfeito.

Podemos constatar que a implantação do PSF investigado deu-se dissociada de uma discussão coletiva com os profissionais diretamente implicados, fato que justifica discursos que manifestam inseguranças e incertezas quanto a implantação da proposta do PSF. Além disso, o processo de inclusão dos profissionais relatado, denota também a falta de critérios para alcançar o perfil esperado para o desenvolvimento das ações em Saúde da Família. É importante destacar que estes aspectos causam impactos diversos na configuração e efetividade do programa, apresentando grandes conseqüências para o bom desempenho do trabalho das equipes multiprofissionais voltados para a integralidade e resolutividade das ações, bem como com a formação de vínculos com a comunidade adstrita e a corresponsabilidade nas ações do programa.

Percebemos também que há um descompasso entre a ação do trabalho na equipe de microárea e o da grande equipe na unidade de Saúde da Família. Os relatos evidenciam que ao trabalho desenvolvido na equipe de microárea os profissionais atribuem a condição de ideal e repleto de coisas boas; neste caso o grupo interage melhor quanto mais clara a tarefa. E no que diz respeito ao trabalho em equipe no grande grupo, os relatos apontam que as divergências estão evidentes e são fatores que podem desencadear desunião, competição e individualidade. Neste caso, pode ser que os profissionais/trabalhadores percebam o grupo entendido numa perspectiva individualizante, ou seja, desprovido de seu texto-contexto, centrados na lógica do registro individual (SCHOSSLER, CARLOS, 2006) e esse raciocínio reforça idéias que responsabilizam o próprio indivíduo por seu sucesso ou fracasso; portanto, não concebem a construção do trabalho em

equipe como um processo grupal, tenha visto que percebem conflitos, competição e individualismo no agir cotidiano de seus agentes.

No entanto, o trabalho em saúde é compreendido pelos profissionais / trabalhadores como processo e projeto de vida, mediante o qual o ser se faz “a cada dia”, e transforma a si e o mundo, imprimindo sua marca no mundo; é também entendido como satisfação das necessidades básicas, como interação entre agente-usuário, como auto-realização e como um processo reflexivo, permeado de imprevistos e incertezas. A diversidade de pessoas e das ações / atividades de trabalho presentes no processo, se por um lado é razão de ansiedade, por outro é estímulo justificante para um trabalho que exige criação e aprendizagem cotidiana.

Ocorre um distanciamento entre o usuário idealizado segundo a concepção do PSF e o usuário real. O usuário que busca o PSF quer atendidas suas expectativas mais imediatas, sejam consultas médicas, exames, medicamentos. O profissional que não atende essas expectativas se sente um pouco constrangido pela percepção do usuário de que a Unidade é ineficiente ou que o profissional não é eficiente, ou não é um “bom profissional”. Falo do PSF real, do que ele faz e enfrenta, do usuário e do profissional real, e de certo modo do que pude perceber das expectativas dos usuários em relação ao PSF e a seus profissionais. No entanto, ressalto que essas percepções estão baseadas nos depoimentos dos profissionais e não em depoimentos dos usuários.

A sobrecarga no trabalho, relatada pelos profissionais, e observada durante a coleta de dados, se deve a diversos fatores. Deve-se falta quantitativa de recursos humanos disponíveis no serviço e ao aumento constante da demanda usuária para o serviço na unidade. Uma evidência importante com relação ao aumento da demanda usuária, se por um lado ela trás desgaste, estresse e correria no dia-a-dia do trabalho, por outro ela pode ser indicativo de que o PSF e a atuação dos profissionais está sendo reconhecida e requerida pela comunidade assistida. Relegando objetivos tão importantes quanto a demanda, como a interação e a multiprofissionalidade da atuação a esferas de menor importância, ou até mesmo desprezando-as totalmente, outros fatores são também relatados como agravantes e que contribuem para a sobrecarga, o desgaste e o estresse no trabalho em decorrência de relações conflitantes e competitivas, tais como cobranças

burocráticas pelo alcance de metas e resultados, a acumulação de funções, dentre outros.

Essa sobrecarga de trabalho também evidencia uma transição do modelo assistencial e de formação do trabalho em saúde para novas abordagens e atuação. No entanto, serão necessárias novas tecnologias de impacto e articulações intersetoriais, além de indicadores qualitativos sócio-ambientais e familiares para redimensionar, por exemplo, o número de famílias por equipe, e dessa forma, reestruturar o grupo e o trabalho em equipe. Destacamos que esta observação carece ser tema de estudos e pesquisas futuras para comprovação.

A intersetorialidade é percebida pelos profissionais, porém é dificultada pela centralização das ações na Unidade de Saúde pelo gerente da mesma, dificultando ações concretas e imediatas no cotidiano do trabalho dos profissionais em área. A intersetorialidade se apresenta ainda de forma tímida; entretanto, com possibilidade de ser realizado um trabalho multiprofissional e interdisciplinar caso haja espaço efetivo descentralizado e desburocratizado. Vale referir que a intersetorialidade é possibilidade ampla da formação de redes de apoio e do pleno exercício da interdisciplinaridade. A interdisciplinaridade na Atenção Básica em Saúde e no PSF não é uma alternativa frente às demais opções, mas condição *“sine qua non”* para a efetivação do processo de saúde integral do ser humano no contexto das relações sociais e do processo saúde-doença. É, portanto, condição necessária.

Há um descompasso tanto entre a formação inicial e a concepção do agir em Saúde da Família, bem como entre a formação continuada e as expectativas das necessidades dos profissionais no cotidiano de trabalho, e, portanto a incoerência entre as necessidades e as finalidades do trabalho em saúde, aliada a existência de uma fragilidade teórica por um lado, e de uma cristalização da prática, por outro; e a adesão ainda presente ao modelo biomédico de saúde. É interessante pensar que na formação ocorre o mesmo processo que na assistência à saúde.

Tais situações, em parte, se relacionam, por um lado, à não adequação / atualização dos currículos formativos iniciais, ao enfoque técnico da saúde, resultante da concepção mecanicista dos organismos vivos, que não considera o potencial curativo do paciente, e a cura vincula-se sempre a uma intervenção externa; o corpo se coloca sem vinculação, sendo uma entidade à parte, sem

história, sem dono, sem desejos. Não se considera o aspecto social e psíquico da doença sofrida pela pessoa que busca por cuidados em saúde.

Em parte também, a não adequação da formação inicial se relaciona ao fato de que os profissionais de nível superior e médio terem concluído suas graduações e cursos de nível técnico e médio ainda baseados em currículo anteriores ao programa Saúde da Família. Entretanto, isto não justifica o fato de a formação continuada desses profissionais permanecer desvinculada do contexto do PSF.

Existe uma tensão permanente entre o modelo de formação biomédica e a prática do agir em saúde, ao tempo que se percebe uma reprodução deste modelo de atenção referido nos discursos dos profissionais. A concepção biomédica da formação dos profissionais está presente tanto na compreensão da comunidade assistida como também se reproduz no interior da própria equipe de saúde. Ou seja, a comunidade do PSF e a sociedade, de certa forma, veneram o modelo médico centrado. A pesquisa evidenciou que a presença dessas concepções na equipe talvez ainda esteja no atrelamento à formação biomédica dos seus profissionais. Outra evidencia constatada para a manutenção dessa concepção no imaginário social coletivo da sociedade se deve talvez às poucas transformações que até o momento ocorreram no contexto da formação dos profissionais de saúde e por sua vez influenciam o contexto sócio cultural da sociedade; no entanto, sabe-se do grande potencial que os profissionais do PSF possuem através da educação em saúde, e atuar como agente pedagógico reconduzindo essa concepção junto a sociedade.

Nesse sentido, fica evidente e necessária a emergência de uma nova área de conhecimento para subsidiar a formação dos profissionais e o trabalho em saúde além das ciências exatas, humanas e biológicas; uma nova área de conhecimento que numa perspectiva mais abrangente possa auxiliar aos trabalhadores a dar conta dessa realidade tão complexa que é a saúde.

Apesar do esforço de reestruturação das práticas sanitárias a partir de uma proposta que privilegie o trabalho em equipe, é possível observar no PSF a existência de uma tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho, havendo assim o risco que as ações sejam realizadas de forma isolada e justaposta. Destacamos a base da formação inicial praticada: a concepção fragmentada do profissional e a ausência dos conceitos de integralidade e interdisciplinaridade.

Nesse sentido, uma das questões que nos acompanhou no decorrer da pesquisa foi: como esperar que profissionais formados sob essas perspectivas pratiquem em seu trabalho a multiprofissionalidade e a integralidade tendo em vista a interdisciplinaridade?

As evidências encontradas nos levaram a perceber um ponto central: para que a concepção de PSF se torne realidade, temos que pensar formas concretas de formação de redes entre setores da sociedade civil e as unidades de Saúde da Família, possibilitando acesso fácil dos sujeitos envolvidos e também repensar novas estratégias para a formação dos seus profissionais, que contemple efetivamente o cotidiano do trabalho e o conceito de integralidade. Os achados também deixam evidente a existência de uma enorme lacuna e articulação com a participação popular, no que tange a gestão da formação e do trabalho em saúde.

Na observação direta e nas entrevistas, os profissionais destacaram que o fortalecimento e construção do trabalho em equipes multiprofissionais em Saúde da Família e a interação e troca de conhecimentos entre os profissionais poderia ser oportunizada durante as reuniões semanais de equipe realizadas na Unidade de Saúde, seja no grande grupo, juntamente com todos os profissionais de saúde da US, seja no pequeno grupo, naquelas reuniões de equipes por microárea, por constituírem-se em alternativas de espaço concreto para a interação e troca de conhecimentos entre os profissionais de saúde. Isso evidencia que os profissionais criticam o “burocratismo” do funcionamento do PSF, uma “perda de tempo” face às necessidades presentes.

São esses espaços diferenciados de aprendizagem que, ao serem vivenciados, ativam o potencial transformador dos sujeitos implicados, na direção de um entendimento da relevância do conhecimento como algo que não apenas conhece as coisas, e sim como algo que pode mudar as coisas (DEMO, 1998). Nesse sentido, entendemos que a reflexão sobre as aprendizagens da prática, a fim de que essas possam ser compartilhadas, tornadas explícitas, requer planejamento de atividades com esta finalidade exigindo assim, uma aplicabilidade. Aqui evidenciamos as condições necessárias para a interação e troca de conhecimentos entre os profissionais das equipes do PSF para a prática do agir em saúde de forma multiprofissional e interdisciplinar.

Estas “oportunidades de espaço” talvez possam ser proporcionadas por gerentes e gestores, de modo que os trabalhadores sejam capazes de se reconhecerem enquanto grupo de trabalho e como trabalhadores interagindo de forma permanente, construindo e reconstruindo novos conhecimentos, frente as peculiaridades locais do contexto em que trabalham e que são favorecedoras para a construção dialética de conhecimentos para o trabalho em Saúde da Família.

As dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde ao mesmo tempo em que são dificuldades, apontam para a necessidade e capacidade de criar que se impõe na superação dessas dificuldades. É necessário repensar e agir sobre os processos de trabalho, acionando dispositivos para alterar relações técnicas e sociais (políticas, ideológicas e simbólicas) nas organizações e no dia-a-dia das equipes.

Tendo a aprendizagem como um processo permanente no trabalho, compreendemos que o profissional nunca atingirá um momento de completude de seu saber. Os conhecimentos adquiridos por esse profissional surgem de caminhos trilhados continuamente em grupo e não somente os extraídos dos itinerários e percursos formativos inseridos no tempo de formação acadêmica e profissional. Não há um saber completo, sempre há algo a ser aprendido, pois a realidade é processual e dinâmica e o conhecimento é sempre acrescido de novos saberes sistematizados. Nesse sentido a formação será um movimento permanente não podendo constituir-se como algo acabado. Dessa forma é possível se pensar para que e como estão se dando esses encontros, entre o ser cuidador e o ser cuidado, considerando os aspectos sociais e psíquicos da doença sofrida pelo sujeito que busca por cuidados, pois entendemos que é na necessidade de cuidado que surge a presença de cuidados, e assim, do cuidador.

Conceber um campo de conhecimento como interdisciplinar requer uma rigorosa revisão e ruptura com as formas tradicionais de se entender e produzir conhecimento. Uma abordagem interdisciplinar apela aos saberes especializados e visa esclarecer uma situação concreta, em sua complexidade, com identificação das representações construídas intersubjetivamente em função das necessidades da situação, considerando o contexto, os sujeitos envolvidos, as interlocuções privilegiadas, os objetivos delineados e os resultados esperados.

É importante compreender que investir na diversidade é, também, reconhecer que a formação de profissionais em saúde abrange distintas esferas humanas: cognitiva, atitudinal, procedimental, social e afetivo-volitiva (de manifestação da vontade) (RUIZ-MORENO et.al., 2005). Junto a mudanças no contexto da formação e qualificação profissional, destacamos a necessidade premente de se repensar e agir sobre os processos de trabalho, sua gestão, supervisão e auto-análise, aliados, pois sem isto nenhuma transformação ou mudança na formação dos profissionais se dará por concreto. É importante observar também a participação dos usuários em busca de seus direitos e de educação a saúde.

Nesse sentido, formar sujeitos, utilizando diferentes linguagens, estratégias e recursos, traduz a intenção de desenvolver espaços e cenários formativos que valorizem os sujeitos e seus saberes prévios, assumindo a co-responsabilidade de desencadear (re)elaborações teórico-práticas que superem o fazer empírico e mobilizem patamares mais complexos de capacidade e atuação profissional, promovendo autonomia, responsabilidade e auto-estima.

Aqui, emerge, o lugar da interdisciplinaridade. O trânsito da interdisciplinaridade é um pouco isso, todos dividirmos as coisas, as satisfações, as queixas, as dúvidas, os anseios, as incertezas. Pois todos somos veículos das próprias dúvidas, dos próprios interesses, certezas e receios. E como apontam Almeida e Mishima (2001, p. 151), não se pode perder a oportunidade de “formar profissionais mais comprometidos com a superação do modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos”.

Caberá, portanto aos gerentes e gestores de saúde desenvolverem uma atuação diferenciada de supervisão das equipes multiprofissionais no PSF, que podem, conforme nos apontam Silvia Matumoto et al. (2005, p.14), realizar “uma supervisão externa com o objetivo de facilitar o enfrentamento de dificuldades, dos movimentos de resistência que produz, mediante sucessivos processos de idas e vindas, de auto-análise e auto-gestão que podem encorajar a arriscar novas formas de produzir as ações de saúde.”

Ainda com base nos autores acima, destacamos a importância fundamental do papel dos gerentes e gestores como supervisor dessas equipes, de modo a romperem com as próprias matrizes de produção de procedimentos e de gestão do

trabalho; lidar com a divisão técnica e social do trabalho na equipe, buscando um trabalho mais participativo e de respeito às diferenças e apoiar a equipe na análise das implicações inerentes ao seu processo de trabalho; lidar com a questão dos preconceitos e com as pré-concepções dos trabalhadores em relação aos usuários e famílias, com a desconstrução da relação poder / saber. Fica claro assim a importância de se desenvolver uma supervisão centrada em práticas político-pedagógicas e não apenas gerenciais.

É necessário discutir sem medo a prática que se tem construído entre os profissionais de saúde; o mínimo que poderá acontecer será a construção de novas referências, e mesmo que isso possa atordoar os que se apegam às certezas, parece ser menos danoso que a obediência cega. Vale lembrar que só criamos algo novo quando corremos o risco de por a prova os paradigmas existentes.

Como trabalhos futuros, complementares e relacionados ao tema, apontamos a necessidade de realização de pesquisas sobre a questão da educação permanente no campo da formação dos profissionais de saúde e as práticas interdisciplinares em equipes multiprofissionais, incluindo aspectos que desvendem como o particular e o coletivo se entrelaçam na prática cotidiana dos serviços de saúde. Trabalhos que investiguem o aumento da demanda usuária e a credibilidade e confiabilidade nas ações do PSF e na equipe multiprofissional, bem como o reconhecimento destes pela comunidade assistida, são bons indicativos para futuras pesquisas. Um outro tema interessante para estudos são pesquisas sobre a resiliência no agir cotidiano dos profissionais em Saúde da Família como nova perspectiva da promoção da saúde na Atenção Básica.

É “cada vez mais importante desenvolver nas pessoas uma visão global do mundo e de suas transformações, de modo a desenvolver o espírito crítico, a criatividade, a disponibilidade para inovação, o desejo de aprender, a atitude positiva perante o trabalho individual e em equipe e a capacidade de negociação que os preparem para enfrentar, com êxito, as exigências cada vez mais sofisticadas do mundo do trabalho.” (BOAVENTURA, 1997)

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 5, n. 9, p.150-3, 2001.

ALVES, G. Trabalho, corpo e subjetividade: toyotismo e formas de precariedade no capitalismo global. **Trabalho, Educação e Saúde**. v.3 n.2, p.409-428. 2005

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. 5.ed. São Paulo: Boitempo, 2001.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BASTOS, L. G. C. **Trabalho em equipe em atenção primária à saúde e o Programa Saúde da Família**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**/(Martin W.Bauer, George Gaskell - editores - Qualitative Researching with text, image and sound: a practical Handbook).; Trad. de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, Rio de Janeiro:Vozes, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Relatório final. Brasília: Secretaria de Recursos Humanos, Ministério da Saúde, 1986.

_____, Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

_____, Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Relatório final. Brasília: Secretaria de Recursos Humanos, Ministério da Saúde; 1986.

_____, Leis. Lei n.º 9.142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 28 dez/1990a.

_____,Leis. Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p.18.055-18.059, 1990b. Disponível no site: <http://ww.saude.gov.br/doc/lei8080.htm>

_____, Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Relatório final. Brasília: Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS, Ministério da Saúde, 1993a.

_____, Ministério da Saúde. **A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde: 1941-1992**. Brasília, Ministério da Saúde, 1993b. Disponível no site: http://www.opas.org.br/rh/pub_det.cfm?publicacao=32, Acesso em 2.12.2005.

_____, Ministério da Saúde. Saúde Dentro de Casa. Programa de Saúde da Família. Brasília. Fundação Nacional de Saúde. 1994.

_____, Ministério da Saúde. Relatório Final da X Conferência Nacional de Saúde. Relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 1996a.

_____, Relatório Final da II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Brasília: M.S, 1993. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996b.

_____, Ministério da Saúde. Promoção da saúde: carta de Ottawa, declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Fonseca LE, tradutor. Brasília (DF); 1996c.

_____, Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a.

_____, Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, 1997b.

_____, Ministério da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Manual de Organização da Atenção Básica. Brasília, 1998.

_____, Ministério da Saúde. Abrindo a porta para dona saúde entrar: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial, Brasil. Brasília, Ministério da saúde, 2000a. 19p

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. A implantação da Unidade Básica de saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

_____, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa de saúde da família. Brasília, 2001.

_____, Ministério da Saúde. Princípios e diretrizes para a NOB/RH — SUS. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2002.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família. [página na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde **2005**. [acessado em agosto de 2006, para informações de 2005]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>

_____, Ministério da Saúde, Portaria 648 de 28 de Março de 2006 - aprova a Política Nacional de Atenção básica, estabelece revisão de diretrizes e normas para a Atenção Básica - Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário da União 29 mar; 2006.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**. Rio de Janeiro, Guanabara, 1987.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Revist Ciênc e Saú Colet**. v.5, n.1. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em <http://bases.bireme.br>

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, editores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.

_____, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.343-351, out./dez. 1998.

_____, G.W.S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. v.5 n.2. **Ciênc. Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro. 2000.

CECCIM, R.B.; ARMANI, T.B.; ROCHA, C.F. O que diz a lei e "o controle social" na saúde nos recursos humanos da produção e no papel de gestores públicos, no Brasil. **Ciênc.**

Saúde Coletiva. [vol.7, no.2. p.373-383. online]. 2002. [acesso em 30 novembro 2005], site:<http://www.scielo.br/scielo.php> ISSN 1413-8123.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, set.2004/fev.2005. p.161-77.

CHIESA, A.M. Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da promoção da saúde. Tese de livre docencia São Paulo USP. 2005.

CHIESA, A.M.; VERÍSSIMO, M.D.R. A educação em saúde na prática do PSF. **Manual de enfermagem**. 2003. Disponível em:<www.ids-saude.org.br/enfermagem>. Acesso em 17 fevereiro de 2006.

CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v.53, n. esp., p.143-7, 2000.

OFFE, C. Trabalho e Sociedade: Problemas estruturais e perspectivas para o futuro da "Sociedade do Trabalho" Claus Offe; tradução de Gustavo Bayer e Magrit Martincic. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

COSTA, M; LÓPEZ, E. **Educación para la salud** . Madrid: Pirámide, 1996. p.25-58.

COSTA NETO, M. M. (Org.) **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **ERA** v.33, n.3 p. 98-104. mai./jun.1993.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Desejo ou motivação? A interrogação psicanalítica sobre o trabalho. In: Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas; 1994.

DEJOURS, C.; JAYET, C. Psicopatologia do trabalho e organização real do trabalho em uma indústria de processo: metodologia aplicada a um caso. In: Dejours C, Jayet C, organizadores. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. Atlas: São Paulo, 1994.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In: Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

_____, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 027-034, Set./Dez. 2004.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: complicações para o currículo. In: **Boletim Técnico do SENAC**. Rio de Janeiro, v.27, n.3, set/dez. p.13-25. 2001a. <http://www.senac.br/informativo/BTS/273/boltec273b.htm>.

SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

FEUERWEKER, L.C.M.; SENA, R.R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com nossa vida? **Revista Olho Mágico** (Enfoque), v.5 p.18. 1999. Disponível em Internet. <<http://www.ccs.br/olhomagico/n18/enfoque.htm>>. Acesso em 24 abr 2003.

FORTUNA, C.M. O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades [Dissertação mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1999.

FORTUNA, C.M.; MISHIMA, S.M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M.J.B. O Trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 março-abril; 13(2):262-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a20.pdf>

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 8ª. Ed. Petrópolis: Vozes; 1991.

FRANCO, T.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família: Contradições e novos desafios. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 6., 1999, Águas de Lindóia. **Anais...**São Paulo: APSP, 1999. v.2, p.145-154.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Trabalho em Saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde** / Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. – Rio de Janeiro: EPSJV, p. 276-282, 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia** – saberes necessários à prática educativa. 11 ed., São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FRIGOTTO, G. Educação e formação humana: ajuste neoconservador e alternativa democrática. In: GENTILI, P.; SILVA, T. T. **Neoliberalismo, qualidade total e educação**. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito** / Ari Paulo Jantsch, Lucídio Bianchetti (orgs.). Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes. 2002. p.25-49.

_____. Trabalho. In: **Dicionário da educação profissional em saúde** / Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2006 p.258-262.

GADOTTI, M. **Concepção dialética da educação**: um estudo introdutório. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1984.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.2, p.490-498. Mar./Apr.2005

GOODE, W.J.; HATT, P.K. **Métodos em Pesquisa Social**. 4a ed. São Paulo: Nacional, 1979.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989.

HABERMAS, J. **Técnica e ciência como ideologia**. Lisboa, Edições 70, 1994.

IANNI, O. O mundo do trabalho. **São Paulo em Perspectiva**, v.8, n.4 p.2-12, 1994.

_____, O. **Teorias da globalização**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro, Imago, 1976.

LACOSTE, M. Fala, atividade, situação. In: **Linguagem & trabalho**; Francisco José de C.M. Duarte, Vera C.R. Feitosa. (orgs.). Rio de Janeiro: Editora Lucerna, 1998. p.15-34.

LEITE, J.C.A. O trabalho da enfermeira na equipe de saúde da família: Em busca da interdisciplinaridade. [Dissertação] Belo Horizonte, Escola de Enfermagem/UFMG, 2001.

LIMA FILHO, D.L. (Org.). Educação Profissional: tendências e desafios. Apresentação - p.07-10./ documento final do II Seminário sobre a Reforma do Ensino Profissional. Curitiba: **SINDOCEFET-PR**. 1999.

LUKACS, G. **As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem**. Temas de Ciências Humanas. n.4 Tr. C.N. Coutinho, São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1978, p.5.

_____, G. O trabalho. In: **Per una ontologia dell'essere sociale**, Roma, Editori Riuniti, 1.1, v.2, 1981. (Tradução de Ivo Tonet)

LUNARDI-FILHO, W.D. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem numa unidade de internação. *Rev. Bras. Enfermagem*, Brasília. v.50, n 1, p. 77-92, 1997.

LUNARDI-FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L.; SPRICIGO, J.; O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Rev Latino-am Enfermagem** março; v.9, n.2, p.91-6. 2001. Disponível em www.eerp.usp.br/rlaenf

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã (Ad Feuerbach)**. São Paulo: Hucitec, 1993.

MARX, K. **O Capital**. 14ª. ed. São Paulo, Difel, 1994. vol.1.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64

MATUMOTO, S; FORTUNA, CM; MISHIMA, SM; PEREIRA, MJB; DOMINGOS, NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.9-24, set.2004/fev.2005

MENDES-GONÇALVES, R.B. *Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico*, 1979. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo.

_____, R.B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 1992. (**Cadernos CEFOR Série Textos, 1**).

_____, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec; 1994.

MERHY, E.E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias. **Ciênc Saúde Coletiva** 1999; n.4, p.305-29.

_____, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E. ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 2002a.

MERHY, E.E.; CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 2002b.

_____, E.E. Apresentação o sentido deste livro e seus compromissos. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 2002c. p.11-16.

_____, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec. 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1996.

MISOCZKY M.C. A medicina da família, os ouvidos do príncipe e os compromissos com o SUS. **Saúde em Debate**; n.42, p.40-4. 1994

MOLON, S.I. Subjetividade e constituição do sujeito em Vygotsky / Suzana Inês Molon – Petrópolis, Rio de Janeiro, RJ: Vozes, 2003.

MOTTA, R.P. **Desempenho em equipes de saúde**: Manual. Rio de Janeiro/RJ: Editora FGV, 2001.

NIETSCH E.A. **Tecnologia emancipatória**: possibilidade para a práxis de enfermagem. Ijuí: Ed. Unijuí; 2000.

NOGUEIRA, R.P. O trabalho em serviços de saúde. In: Organização Pan-Americana de Saúde. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do sistema de saúde. Brasília: OPAS, 1997. p. 182-186.

_____, R.P. O trabalho nos serviços de saúde. In: SANTANA, JP (Org). **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. UFMG/NESCON, Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem. Brasília: OPAS/Representação do Brasil. 2000, p 59 – 63.

_____, R.P. Políticas de Recursos Humanos de Saúde. In: Revista Formação. N. 5, PROFAE, Ministério da Saúde, 2002

NORONHA, M.G.R.C.S.; LIMA FILHO, D.L. Educação e Formação em saúde: um olhar a partir das Conferências Nacionais de Saúde (1941 a 2004) e de Recursos Humanos em Saúde (1986 e 1993). In: 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde coletiva. Rio de Janeiro: **ABRASCO**, 2006a. (cd-rom).

OLIVEIRA, V. Comunicação, informação e ação social. In: BRASIL. **Organização do cuidado a partir do problema**: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2000. p.65-74

PASTORE, E.; ROSA, L.D. As relações de gênero entre os trabalhadores da área da saúde. PDF. Disponível no site: http://www.fazendogenero7.ufsc.br/st_27.html

PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.3, p.303-11, 2001.[[Medline](#)] [[Lilacs](#)] [[SciELO](#)].

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER L.B. **Recursos humanos e trabalho coletivo em saúde: a equipe multiprofissional**. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 1999.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. [Tese Doutorado] - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1998.

_____, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Trabalho, Educação e Saúde, v.1, n.1, p.75-91, 2003.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processo de trabalho em saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**/Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2006 p.199-207.

PELIANO, J.C.P. A Importância da Educação para o novo modo de produção do conhecimento. Brasília/DF, 1998. Disponível em: <http://www.pt.org.br/assessor/mecunb.htm>, acesso em 4.05.2005.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1991. p. 87-98.

- PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em saúde**. Organização Escola Politécnica Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro:EPSJV, 2006. p. 159-166.
- PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume. 1998.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- RAMOS, M.N. Desafios da formação profissional em saúde. **Revista Olho Mágico**. v.10, n.3, p.44-46, jul./set. Londrina, 2003.
- REIS, C.C.L.; HORTALE, V.A. Programa Saúde da Família: supervisão ou "convisão"? Estudo de caso em município de médio porte. **Cad. Saúde Pública**. [online]. 2004, v.20, n.2 [acesso em 01.02.2007], pp. 492-501 Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php>
- ROCHA, SMM; ALMEIDA, MCP.; O processo de trabalho da enfermagem e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. [online]. 2000, v. 8, n. 6 [acesso 29.03.2007], pp. 96-101. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>
- RUIZ-MORENO, L; ROMANA, MA; BATISTA, SH. Jornal Vivo: relato de uma experiência de ensino-aprendizagem na área da saúde **Interface (Botucatu)**. [online]. 2005, vol. 9, no. 16 [citado em 19-04-2007], pp. 195-204. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> ISSN 1414-3283.
- SCHOSSLER, A.B. CARLOS, S.A Por uma visualização do processo grupal. *Psico* v.37, n.2, p-159-167, maio / ago. 2006.
- SCHERER, E.A.; CAMPOS, M.A. O trabalho de equipe interdisciplinar em saúde mental: uma revisão da literatura. **Estudos em Saúde Mental** 1987.p. 264-285.
- SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B. ; CASTANHERA, E. R. L; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Rev. Ciênc.Saúde Colet.**, v.4, n.2, p.221-42, 1999.
- SCHRAIBER, L.B.; PEDUZZI M. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. **Educ Méd Salud** v.27, 1993. p.295-313.
- SCHRAIBER, L.B. Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas [Tese de Livre Docência]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo/USP. 1997.
- SCHOSSLER, A.B. CARLOS, S.A Por uma visualização do processo grupal. *Psico* v.37, n.2, p-159-167, maio / ago. 2006.
- SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**. v.34, n.3, Junho, 2000. p.316-319. ISSN 0034-8910.
- SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B.; O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.
- SOUSA, M.F. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Rev Ciên. Saúde Colet. [periódico na internet]** 2006 jan. [Citado em 12 de dezembro 2006]; [cerca de 15 p.] Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>
- SOUZA, A.M.A.; SANTOS, I.; Processo Educativo nos Serviços de Saúde (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos) n. 01. OPAS. Brasília. 1993.

SOUSA SANTOS, B. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade.** 4.ed. São Paulo: Cortez, 1997.

STAM, R. **Bakhtin: Da Teoria Literária à Cultura de Massa.** (Série Temas Literatura e Sociedade, v.20). São Paulo: Ática, 2000.

TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1990.

VALENTIM, I.V.L.; KRUEL, A.J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva. [periódico na internet]** 2006. [cerca de 15 p.] Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>

VELHO, G. **Subjetividade e Sociedade: uma experiência de geração.** 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

VYGOTSKY, L.S. **A construção do pensamento e da linguagem.** São Paulo: Martins Fontes, 2001.

YIN, R.K. **Estudo de caso – planejamento e métodos.** 2 ed. Porto Alegre: Bookman. 2001.

ZANELLA, A.V. Atividade, significação e constituição do sujeito: considerações à luz da psicologia histórico-cultural. **Psicologia em Estudo**, v.9, n.1, p.127-135, Maringá, 2004.

GLOSSÁRIO

ADSCRIÇÃO DA CLIENTELA	<i>É considerada um elementos técnico-operacional previstos para o Programa Saúde da Família. Como princípio operacional do Programa, a adscrição de clientela permite estabelecer um vínculo das Unidades Básicas de Saúde da Família com a população, possibilitando o resgate da relação de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e usuários dos serviços.</i>
ÁREA ADSTRITA	Área territorial delimitada (comunidade, bairro ou região administrativa) que faz parte de uma unidade de Saúde da Família, sob a responsabilidade sanitária de determinada equipe do PSF.
ASSISTENCIA MÉDICO CENTRADA	Por assistência médico-centrada entendem-se as práticas de saúde centradas em procedimentos médicos, tais como, consultas, prescrição de medicamentos, dentre outros. É uma concepção da assistência à saúde centrada em procedimentos médicos e em parâmetros anátomo-fisiológicos, que não levam em conta os determinantes sociais no processo saúde-doença Atualmente este é um dos principais focos de intervenção para mudança do modelo assistencial proposto a partir das ações da saúde da família no SUS e que poderá ocorrer tendo em vista a reorganização do processo de trabalho em saúde com a implementação do trabalho em equipe multiprofissionais. Com base em colocações de Merhy (1997), estas equipes como processos de trabalho concretos, vivenciados nos serviços de saúde, provocam "efeitos" do processo de trabalho, que se expressam no dia-a-dia dos serviços e, que devem ser "olhados" como lugares estratégicos - alvo para operações, que podem disparar potencializações vitais, na direção de novos processos de produção de saúde.
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	O termo Atenção Básica à Saúde é pouco encontrado na literatura mundial. O conceito usualmente para este campo de práticas é Atenção Primária à Saúde, como decorrência do pacto mundial realizado em 1978, na cidade de Alma-Ata (República de Cazaquistão), na antiga União Soviética - URSS, onde diversos países participaram da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde e afirmaram compromissos com a meta de "saúde para todos no ano 2000", constituindo assim a Declaração de Alma-Ata. Apontava atenção primária como sendo composta de cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação. No contexto brasileiro, constitui o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. Nesse nível da atenção à saúde, o atendimento aos usuários deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças, para prolongamento da vida. A atenção básica é o ponto de contato preferencial dos usuários com o SUS e seu primeiro contato, realizado pelas especialidades básicas da Saúde, que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas. Cabe também à atenção básica proceder aos encaminhamentos dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade. Uma atenção básica bem organizada garante resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população de um município e consolida os pressupostos do SUS: equidade, universalidade e integralidade. A estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, como prioritária para a organização da atenção básica é a estratégia Saúde da Família, que estabelece vínculo sólido de co-responsabilização com a comunidade adscrita. A responsabilidade pela oferta de serviços de atenção básica à saúde é da gestão municipal, sendo o financiamento para as ações básicas à saúde de responsabilidade das três esferas de governo. Para saber mais consultar http://www.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico

ATENDIMENTO TERCIÁRIO	O atendimento terciário é o atendimento de saúde realizado em hospitais de grande porte (universitários públicos e privados, e outros) por exigir um maior nível de complexidade e especialização dessa assistência. Compreende ações de transplantes, tratamento do câncer, dentre outros. Corresponde ao terceiro nível de complexidade do SUS.
CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE (CNS)	São espaços institucionais destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e de propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde em níveis correspondentes. São vitais para o exercício do controle social, pois estabelecem diretrizes para a atuação dos conselhos de Saúde nas três esferas de governo. As decisões sobre as políticas públicas de saúde, elaboradas nos conselhos, são expostas durante as conferências, quando é criada uma agenda para sua efetivação. As conferências nacionais são construídas de maneira descentralizada, iniciando-se nas conferências municipais de saúde. As conferências nacionais de saúde devem ocorrer a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de Saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde.
CONTROLE SOCIAL	Abrange as práticas de fiscalização e de participação da sociedade civil nos processos deliberativos relacionados à formulação de políticas de saúde e de gestão do SUS. Há mecanismos institucionalizados que garantem a participação e o controle social, como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, com representatividade dos distintos atores sociais. As Conferências de Saúde, que ocorrem a cada dois anos, devem avaliar o cumprimento das diretrizes contidas no respectivo Plano de Saúde e produzir diretrizes que orientem novas políticas e programas no seu âmbito de atuação. Conselhos e conferências são garantidos nas três esferas de gestão do SUS pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. O SUS garante aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios autonomia para administrar os recursos da Saúde. Para isso, é preciso que cada esfera de gestão tenha seu Conselho de Saúde funcionando de forma adequada. Ao Ministério da Saúde (MS) e às secretarias estaduais e municipais de Saúde cabe a implementação de mecanismos para a gestão e apoio ao fortalecimento do controle social no SUS. Quando se fala em Controle Social no SUS, se está falando, fundamentalmente, no papel dos Conselhos de Saúde. Isto porque é neles que se dá a participação da comunidade na fiscalização e na condução das políticas de saúde, garantida a partir da Lei Nº 8.142, de 28/12/1990, que instituiu os Conselhos e as Conferências de Saúde como instância de controle social do SUS nas três esferas de governo - nacional, municipal e estadual. Para saber mais consultar http://www.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico
DESCENTRALIZAÇÃO	É o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, estados, Distrito Federal e municípios. Para saber mais consultar http://www.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico
EDUCAÇÃO CONTINUADA	Processo de aquisição seqüencial e acumulativa de informações técnico-científicas feito por trabalhadores e profissionais em geral. Pode ocorrer por meio da escolarização formal, de vivências diversas, de experiências laborais ou, ainda, de participações em atividades institucionais ou não. No âmbito do SUS, aplica-se, em geral, aos trabalhadores, técnicos, dirigentes e gestores do setor.
EQÜIDADE EM SAÚDE	É um princípio do SUS garantido na Constituição de 1988. Igualdade da atenção à Saúde, sem privilégios ou preconceitos. O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada usuário. O que determina o tipo de atendimento é a complexidade do problema de cada usuário. Implica implementar mecanismos de indução de políticas ou programas para populações em condições de desigualdade em saúde, por meio de diálogo entre governo e sociedade civil, envolvendo integrantes dos diversos órgãos e setores do Ministério da Saúde (MS), pesquisadores e lideranças de movimentos sociais. Objetiva alcançar a oferta de ações diferenciadas para grupos com necessidades especiais. Os comitês e grupos de trabalho de promoção da eqüidade em saúde são coordenados pela Secretaria de Gestão Participativa (SGP), que orienta o trabalho

	para as seguintes situações de exclusão social: população rural, população negra, população cigana e grupos com orientação sexual com demandas específicas ao SUS (gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais – GLTB). Para saber mais consultar http://www.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico
EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação sobre o tema pela população em geral. É também o conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores do setor, para alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. A educação em saúde potencializa o exercício da participação popular e do controle social sobre as políticas e os serviços de Saúde, no sentido de que respondam às necessidades da população. A educação em Saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde.
ENFOQUE BIOLÓGICO INDIVIDUAL	O enfoque biológico individual (referencial do modelo biomédico de formação em saúde) refere-se às práticas de saúde nos quais o corpo é visto como uma máquina e suas peças, sendo a doença o mau funcionamento de mecanismos biológicos. O ser humano é visto de forma reduzida, fragmentada, com perda da noção de conjunto e integração, não levando em consideração os determinantes sociais do processo saúde-doença.
INTERSUBJETIVIDADE	É a capacidade que o homem possui de inter-relacionamento com seu semelhante; é a relação entre sujeito e sujeito e/ou sujeito e objeto. A Intersubjetividade no trabalho em saúde é aqui compreendida considerando-a como um processo que se dá na relação entre sujeitos sociais, usuários e agentes, que operam conjuntos de finalidades, meios e ações no contexto de uma materialidade objetiva e histórica, as relações sociais de produção em saúde. (Merhy 2005; Campos 1997, 1998; Ayres 2001)
MODELO MÉDICO-ASSISTENCIAL PRIVATISTA	O modelo de atenção médico-privatista (ou médico-centrado), herança do modelo liberal de atendimento individualizado à saúde é responsável pela estruturação de uma determinada postura de trabalhadores de saúde, pautado no estilo médico que estabelece um atendimento impessoal por parte do profissional de saúde e o usuário e entre os diversos profissionais de saúde (MERHY, 2004). Ver: Assistência médico-centrada.
MUNICIPALIZAÇÃO	Estratégia adotada no Brasil que reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população. Municipalizar é transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território. O princípio da descentralização político-administrativa da saúde foi definido pela Constituição de 1988, preconizando a autonomia dos municípios e a localização dos serviços de saúde na esfera municipal, próximos dos cidadãos e de seus problemas de saúde. O Brasil apresenta grandes diversidades econômico-sociais, climáticas e culturais que tornam a descentralização administrativa fundamental: ela possibilita que os municípios assumam a gestão da saúde em seus territórios de acordo com as necessidades e características de suas populações. Estimula na esfera municipal novas competências e capacidades político-institucionais. Os estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização. Para saber mais consultar http://www.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico
NÍVEIS DE COMPLEXIDADE	Os níveis de complexidade considerados no âmbito do SUS e que compreendem: o primeiro nível compreende a Atenção Básica, como porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde, situando-se nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família; o segundo nível compreende os serviços especializados públicos e conveniados do SUS; e o terceiro nível compreende a Assistência Hospitalar.
NÍVEL ALTA COMPLEXIDADE DO	Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-

SUS

os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em "redes", são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida. Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia. Para saber mais consultar <http://www.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico>

**NÍVEL MÉDIA
COMPLEXIDADE DO
SUS**

É um dos três níveis de atenção à Saúde, considerados no âmbito do SUS. Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. A atenção média foi instituída pelo Decreto nº 4.726 de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde. Suas atribuições estão descritas no Artigo 12 da proposta de regimento interno da Secretaria de Assistência à Saúde. Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os seguintes: 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3) procedimentos traumatologia-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citopatologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultrassonográficos; 9) diagnóstico; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) próteses e órteses; 13) anestesia. O gestor deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade, considerando a necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações; os dados epidemiológicos e socio demográficos de seu município; a correspondência entre a prática clínica e capacidade resolvente diagnóstica e terapêutica; a complexidade e o custo dos equipamentos; a abrangência recomendável para cada tipo de serviço; economias de escala e métodos e técnicas requeridas para a realização das ações. Para saber mais consultar <http://www.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico>

**PARTICIPAÇÃO
SOCIAL EM SAÚDE**

É uma das maneiras de se efetivar a democracia, por meio da inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS como participantes ativos nos debates, formulações e fiscalização das políticas desenvolvidas pela Saúde Pública brasileira, conferindo-lhe legitimidade e transparência. Com previsão constitucional e legal, a participação popular confere, à gestão do SUS, realismo, transparência, comprometimento coletivo e efetividade de resultados. Está diretamente relacionada ao grau de consciência política e de organização da própria sociedade civil. O SUS deve identificar o usuário como membro de uma comunidade, com direitos e deveres, e não como receptor passivo de benefícios do Estado. Para saber mais consultar <http://www.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico>

**PERFIL
EPIDEMIOLÓGICO**

O perfil epidemiológico de um dado território refere-se às condições de vida e saúde de sua população adstrita, informações fundamentais para que a equipe se organize no planejamento dos segmentos territoriais a assistir. No seu todo, essas informações compõem a ficha de cadastro das famílias (SIAB/DATASUS) e condensam os dados demográficos (nome, data de nascimento, idade e sexo, e os campos de endereço, facilitando a localização da residência); os dados socioeconômicos (a escolaridade, ocupação, meios de transporte utilizados); os dados socioculturais (a religião, meios de comunicação utilizados, participação em

	<p>grupos comunitários); os dados sobre o meio ambiente, (sistema de coleta de lixo, fonte de água para consumo, tipo de casa, tratamento de água no domicílio, destino de dejetos); e os dados de morbidade (presença de indivíduos portadores de doenças ou condições especiais, serviços utilizados em caso de doença, aquisição de plano de saúde).</p>
<p>POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE</p>	<p>Os princípios da Política de Educação Permanente para o SUS são: articulação entre educação e trabalho no SUS, produção de processos e práticas de desenvolvimento nos locais de serviço; mudança nas práticas de formação e de saúde, tendo em vista a integralidade e humanização; articulação entre ensino, gestão, atenção e participação popular e controle social em Saúde e produção de conhecimento para o desenvolvimento da capacidade pedagógica dos serviços e do sistema de saúde. A educação permanente propicia a reflexão coletiva sobre o trabalho no SUS, que inclui a integralidade, a produção do cuidado, o trabalho em equipe, a dinamização de coletivos, a gestão de equipes e de unidades, a capacidade de problematizar e identificar pontos sensíveis e estratégicos para a produção da integralidade e da humanização. O foco da Educação Permanente em Saúde são os processos de trabalho e as equipes (atenção, gestão, participação e controle social), possibilitando a construção de um novo estilo de gestão, no qual os pactos para reorganizar o trabalho sejam construídos coletivamente e os diferentes profissionais passam a ser sujeitos da produção de alternativas para a superação de problemas. Essa análise coletiva dos processos de trabalho permite a identificação dos "nós críticos" enfrentados na atenção ou na gestão e a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema, implicando um acompanhamento e apoio técnico. As principais diretrizes da Política de Educação para o SUS foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite e publicadas na Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Para saber mais consultar http://www.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico</p>
<p>POPULAÇÃO RESIDENTE EM ÁREA ADSTRITA</p>	<p><i>Por população residente em uma área adstrita entende-se a população residente em uma área territorial delimitada (comunidade, bairro ou região administrativa), sob a responsabilidade sanitária de determinada equipe do PSF. Essa população deve ser definida pela quantidade de pessoas por unidade de saúde, considerando-se as condições de vida e saúde da população.</i></p>
<p>PROMOÇÃO DA SAÚDE</p>	<p><i>A I Conferência Mundial sobre o tema Promoção da Saúde em Ottawa, ocorrida no Canadá em 1986 definiu Promoção da Saúde, como um "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo", ou seja, nas condições/determinações de todas as ordens, que nele interferem. Nesse sentido, a concepção de saúde é ampliada tendo em vista seus determinantes sociais, como também, devido à possibilidade de construção de intervenções que possibilitem decisões integradas e intersectoriais, e que extrapolam o setor de saúde (BRASIL, 1996)</i></p>
<p>REGIONALIZAÇÃO</p>	<p>Um dos princípios que orientam a organização do SUS definidos pela Constituição Federal Brasileira e pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990). Constitui eixo estruturante do Pacto de Gestão do SUS, definido pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 26 de janeiro de 2006, e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 9 de fevereiro de 2006, o que evidencia a importância da articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, que possibilitem acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população. No processo de regionalização são identificadas e constituídas as regiões de saúde – espaços territoriais nos quais serão desenvolvidas as ações de atenção à saúde objetivando alcançar maior resolutividade e qualidade nos resultados, assim como maior capacidade de gestão regional. A política de regionalização prevê a formação dos colegiados de gestão regionais que têm a responsabilidade de organizar a rede de ações e serviços de atenção à saúde das populações locais. Para saber mais consultar http://www.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico</p>

SAÚDE DA FAMÍLIA	Estratégia prioritária adotada pelo Ministério da Saúde (MS) para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS, dispondo de recursos específicos para seu custeio.
SAÚDE / CONCEITO	Direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal, que estabelece a saúde como "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (artigo 196). A atual legislação brasileira amplia o conceito de saúde, considerando-a um resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais. Por isso, as gestões municipais do SUS - em articulação com as demais esferas de governo - devem desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais, como meio ambiente, educação, urbanismo, dentre outros, que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e de saúde para a população. Para saber mais consultar http://www.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico
SAÚDE COLETIVA	Saúde Coletiva é <i>campo científico</i> , onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto 'saúde', e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e âmbito de práticas, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como "setor saúde" (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).
TRABALHO COLETIVO	Trabalho coletivo se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. É um trabalho coletivo no qual as diferentes abordagens profissionais se somam, em estreita interdependência, para o alcance dos objetivos finais de oferecer uma assistência integral e livre de riscos (PEDUZZI, 1998).
TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	É uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos trabalhadores/agentes de diferentes áreas profissionais, superando o isolamento dos saberes, e suas disciplinas.. Por meio da mediação simbólica da linguagem, ou seja, do diálogo, da comunicação e da interação, dá-se à articulação das ações multiprofissionais, a colaboração e a cooperação. (PEDUZZI, 1998)
UNIVERSALIDADE DA SAÚDE	É um dos princípios que orienta o SUS, previsto na Constituição Federal de 1988. Significa que o sistema de Saúde deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo.

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CES/SMS /
PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA



REFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Of.16/2006.

Curitiba, 15 de dezembro de 2006.

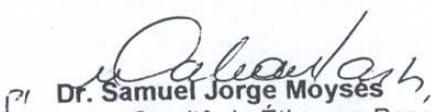
Ilma. Sra.
Maria Glícia R C Silva de Noronha
Nesta

Prezada Pesquisadora

Em atenção à sua solicitação referente à análise do projeto 14/2006 “**Equipe Multiprofissional de Saúde da Família: a subjetividade do trabalho no desenvolvimento da prática profissional**” informamos que o mesmo está de acordo com a Res198/98 MS e foi considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde,

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS como relatório final.

Atenciosamente,


Dr. Samuel Jorge Moysés,
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

CEP/SMS.CURITIBA- Registro CONEP nº 1.014 de 24 de outubro de 2.003.
Endereço: Avenida João Gualberto, 623 – 3º andar – Torre C – sala 309 – CEP 80.030-000
Fone: 350-9450/350-9461 – Fax – 350-9320 – e-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é **Maria Glícia Rocha da Costa e Silva de Noronha**, estou cursando mestrado em Tecnologia, na Pós-Graduação de Tecnologia, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR, desenvolvendo a pesquisa **“Equipe Multiprofissional em Saúde da Família: a subjetividade do trabalho no desenvolvimento da prática profissional”**, com o objetivo investigar a realidade vivida pela equipe multiprofissional que atua em unidades do Programa Saúde da Família num Distrito Sanitário de Saúde do Município de Curitiba, tendo em vista a sua formação profissional e os objetivos do programa. Pretende-se analisar as condições existentes e necessárias para a interação e troca de conhecimentos entre os profissionais, bem como, temáticas de consensos, divergências, limites e possibilidades na atuação em equipe multiprofissional de saúde, face aos processos de formação permanente e as concepções e práticas demandadas a estas equipes, para o agir em saúde no contexto do Programa Saúde da Família. É necessário o desenvolvimento de estudos que investiguem a prática da assistência à saúde e o seu desenvolvimento, envolvendo os mais diferentes contextos, focando desde a formação permanente dos trabalhadores, as articulações destes entre si, as tecnologias disponíveis e os fatores sociais, onde as famílias estão inseridas, contribuindo para as mudanças nos padrões de assistência, implementação das políticas sociais vigentes, assim como, para o avanço da pesquisa na área de educação e saúde. Serão realizadas entrevistas para obtenção dos dados. De forma que, não haverá riscos para você participar. Se você tiver alguma dúvida, em relação ao estudo, ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone (41) 9904 7360 ou 3310 4785. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho.

Assinaturas - Pesquisador e Orientador da Pesquisa:

Maria Glícia Rocha da Costa e Silva de _____
Noronha

Prof. Dr. Domingos Leite Lima Filho _____

Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa “Equipe Multiprofissional em Saúde da Família: a subjetividade do trabalho no desenvolvimento da prática profissional”, e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Curitiba _____, _____, de _____

Assinatura: _____ RG: _____

ANEXO 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

EIXOS DE PERGUNTAS

EIXO 1 - PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

- 1) Descreva sua trajetória pessoal e profissional – (o que fazia antes e como ingressou no PSF?)
- 2) Por onde começam suas atividades junto aos usuários do PSF? (Descreva suas atividades de um dia de trabalho).
- 3) Que atividades são mais freqüentes no cotidiano de seu trabalho com o usuário? (o que você faz, como, com quem e por que faz?)
- 4) Você tem dificuldades para realizar seu trabalho? Se sim, quais?
- 5) Na sua opinião ‘quem é’ o usuário” do SUS/PSF?
- 6) E quanto a estrutura (física e material) que vocês têm aqui na US: ela dá conta do desenvolvimento do trabalho no PSF? Ela dá conta do atendimento “integral ao usuário?
- 7) E quanto ao número de profissionais disponível (hoje) na unidade, atende a necessidade à demanda?

EIXO 2 - INTERAÇÃO NO TRABALHO NA SAÚDE

- 8) Como você vê o funcionamento da Equipe Multiprofissional no PSF?
- 9) Como é sua relação com os profissionais - colegas de trabalho - aqui na US? De que forma você se relaciona em equipe?
- 10) Como é sua relação com os profissionais na equipe de trabalho de sua microárea?
- 11) Como você trabalha em área com sua equipe – (Como ocorre a interação entre vocês em atuação no campo?)
- 12) Como você percebe sua interação com os usuários no momento do atendimento, seja na unidade ou em visita domiciliar?

EIXO 3 – SUBJETIVIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE

- 13) O que você entende por Trabalho - O que significa trabalho em sua vida?
- 14) Como e quando um acontecimento do seu trabalho, interfere no seu aprendizado pessoal e profissional? Ou seja, como e quando um acontecimento do seu agir cotidiano de trabalho, lhe revela algo a mais, de forma que lhe faça entender e mudar sua concepção sobre este determinado fato / acontecimento?)

- 15) Durante suas atividades de trabalho diário, você toma iniciativas, age por conta própria? Você tem autonomia no seu trabalho?
- 16) Você percebe solidariedade, compartilhamento, cooperação no dia-a-dia das situações e nos acontecimentos do trabalho com outros profissionais?
- 17) Como você se sente desenvolvendo seu trabalho aqui? Como você está agora?

EIXO 4 - FORMAÇÃO EM SAÚDE

- 18) Você vê relação entre o que você aprendeu em seu curso inicial, (superior, de especialização, técnico/auxiliar) e o que você faz aqui no PSF?
- 19) Qual a relação entre o enfoque especialista de sua formação inicial e a concepção “integral de saúde” do PSF?
- 20) Vocês têm cursos/treinamentos freqüentes aqui? Quais?
- 21) Como é sua participação nos cursos/treinamento? (Você se sente motivado em participar destes cursos?).
- 22) Vocês sentem necessidades destes cursos?
- 23) Os cursos estão voltados para as necessidades do trabalho no PSF?
- 24) Na sua opinião, é só de aquisição de “mais conhecimentos técnicos-científicos” que vocês precisam?
- 25) Muda alguma coisa após os cursos/treinamentos ofertados para vocês? (Não muda?)

FINALIZANDO

- 26) A respeito do tema, você tem alguma questão importante para você que eu não perguntei?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)