

KARIN HAMERSKI MADEIRA

**PRÁTICAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA
SAÚDE DA FAMÍLIA:
UM ESTUDO DE CASO**

Itajaí

2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

KARIN HAMERSKI MADEIRA

**PRÁTICAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA
SAÚDE DA FAMÍLIA:
UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho pela Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde, Itajaí.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo

Itajaí

2009

KARIN HAMERSKI MADEIRA

**PRÁTICAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA
SAÚDE DA FAMÍLIA:
UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho pela Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde, Itajaí.

Área de Concentração: Saúde da Família

Itajaí, 28 de fevereiro de 2009.

Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo
Universidade do Vale do Itajaí

Prof^a. Dr^a. Stella Maris Brum Lopes
Universidade do Vale do Itajaí

Prof^a. Dr. Charles Tesser
Universidade Federal de Santa Catarina

A Deus, ao meu marido Juliano, aos meus amigos e colegas de trabalho, e ao meu querido Bigo....companheiros de todas as horas....

AGRADECIMENTOS

Ao meu amado esposo, luz que ilumina meus caminhos, meu amigo, amante, minha fonte de segurança, amor, companheirismo, na luta pelos nossos ideais.

Aos amigos e colegas de trabalho, pela força e pela vibração em relação a esta caminhada.

Aos professores e colegas do Mestrado, pois juntos trilhamos uma etapa importante em nossas vidas.

Aos profissionais da Equipe de Saúde da Família São Braz, por proporcionarem uma gama de informações valiosas para a realização e construção deste estudo.

Ao meu Orientador Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo, que por sua competência e conhecimento enriqueceu este trabalho com sugestões sempre pertinentes e que me estimulou nos momentos difíceis fazendo que encontrasse novas formas de dizer, de sentir e caminhar durante esta trajetória. Agradeço pela sensibilidade de sua escuta e braço amigo de todas as etapas deste trabalho.

A todos que, com boa intenção, colaboraram para a realização e finalização deste trabalho.

MADEIRA, Karin Hamerski. **Práticas do Trabalho Interdisciplinar na Saúde da Família**: um estudo de caso. 2009. p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) - Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI. SC.
Orientador: CUTOLO, Luiz Roberto Agea.

RESUMO

Partindo do pressuposto que o trabalho em equipe interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à efetivação da integralidade em saúde no sentido de possibilitar uma atuação em saúde mais contextualizada e resolutiva, neste trabalho buscou-se identificar e descrever como são construídas as relações interdisciplinares entre os profissionais da ESF no cotidiano do trabalho. A investigação se deu através da abordagem qualitativa, tipo estudo de caso, utilizando-se como técnica de coleta de dados, uma entrevista estruturada e observação participativa. Nos resultados, se percebeu que o trabalho interdisciplinar é construído no dia a dia pelos profissionais da equipe, possibilitando identificar categorias que facilitam esta prática interdisciplinar: perfil e atitude dos profissionais, organização do processo trabalho para a coordenação do cuidado, referência/ contra referência e formas comunicativas não verbais. No processo de trabalho também foram encontradas situações que dificultam tal prática: precarização do trabalho, estrutura física inadequada, dificuldade de acesso, valorização do saber médico, utilização dos serviços nas condições agudas das doenças, falta de continuidade das ações e valorização das atividades curativas nos relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Destaco que todas as fragilidades são superadas pela equipe de forma criativa, não interferindo de forma negativa na construção da prática interdisciplinar. Observou-se também que as ações em saúde atribuídas à equipe como o Planejamento Estratégico, Acolhimento, Reunião de equipe, Visita domiciliar e Grupos de apoio se apresentam como práticas facilitadoras para o trabalho interdisciplinar. É possível inferir com esses resultados, que as situações-problemas identificadas e discutidas pelos profissionais durante o processo de trabalho, possibilitam um olhar ampliado, promovendo a prática interdisciplinar. A adoção desta ação permite a troca e compartilhamento de saberes entre os profissionais para enfrentarem com mais eficácia uma situação -problema. Portanto as práticas interdisciplinares no cotidiano da ESF dependem das ações dos profissionais que ali atuam, e isto está intrinsecamente ligado à concepção saúde/doença concebida por cada categoria profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Equipe Interdisciplinar de Saúde.

MADEIRA, Karin Hamerski. **Interdisciplinary Work Practices in Family Health (Program)**: a case study. 2009. p. Dissertation (Masters Degree in health and work management) – University of the Itajaí Valley - UNIVALI. SC.
Advisor: CUTOLO, Luiz Roberto Ágea.

ABSTRACT

Based on the assumption that the work of the interdisciplinary team in the Family Health Strategy (FHS) seeks to promote integrality in health, in order to enable a more contextualized and resolute health practice, this research identifies and describes how interdisciplinary relations are built among FHS professionals during their day-to-day work. The investigation was carried out through a qualitative approach, of the case study type, using structured interviews and participant observation as the data collection techniques. In the results, it was observed that interdisciplinary work is constructed in the day-to-day practice of the professionals of the team, enabling categories to be identified which facilitate this interdisciplinary practice, namely: the profile and attitude of the professionals; organization of the work process for coordinating healthcare; reference/counter-reference; and non-verbal forms of communication. In the work process, situations were found which make this practice difficult, such as precarious work conditions, inadequate physical structures, access difficulties, emphasis on of medical knowledge, use of services by patients with acute conditions; lack of continuity of actions; and emphasis on curative activities in the reports of Basic Healthcare Information System (SIAB). This work highlights that all these fragilities are overcome by the team in a creative way, without any negative interference on the construction of an interdisciplinary practice. It was also observed that the healthcare actions attributed to the team, such as Strategic Planning, Reception, Group Meetings, Home Visits and Support groups, are presented as practices that facilitate the interdisciplinary work. It can be inferred from these results that the situations and problems identified and discussed by professionals during the work process enable a wider look, promoting interdisciplinary practice. The adoption of this action enables an exchange and sharing of knowledge among professionals, helping them face problem situations more effectively. Therefore, the day-to-day interdisciplinary practices of FHS depend on the actions of the health care professionals, which are intrinsically linked to concepts of illness/health of each group of professionals.

Key-words: Primary Health Care. Family's Health. Interdisciplinary health care team.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 CONSTRUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE COM BASE NA APS	16
2.1 MODELO DE ATENÇÃO MÉDICO HEGEMÔNICO	16
2.2 ASPECTOS CONCEITUAIS NA APS.....	17
2.3 APS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA REFORMA SANITÁRIA AO SUS.....	21
2.4 A ESF: MODELO ATUAL DE APS NO BRASIL.....	27
2.5 O USO DAS TECNOLOGIAS LEVES NO TRABALHO EM EQUIPE NA ESF	30
3 COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO NA ESF: A BUSCA PELA INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	32
3.1 COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE.....	32
3.2 INTEGRALIDADE COMO EIXO NORTEADOR DO TRABALHO EM EQUIPE NA ESF	35
3.3 SOBRE O CONCEITO DE INTERDISCIPLINARIDADE	36
3.4 INTERDISCIPLINARIDADE: UM CAMPO EM CONSTRUÇÃO NA ESF.....	42
3.5 UTILIZAÇÃO DE ALGUMAS CATEGORIAS EPISTEMOLÓGICAS DE FLECK E OBJETO FRONTEIRIÇO PARA COMPREENSÃO DO PROCESSO DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR.....	47
3.5.1 Estilo de Pensamento e Coletivo de Pensamento.....	47
3.5.2 O Objeto Fronteiriço.....	51
4 PERCURSO METODOLÓGICO	53
4.1 TIPO DE ESTUDO	53
4.2 QUANTO À ABORDAGEM	54
4.3 CAMPO DA PESQUISA	55
4.4 DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO E COLETA DE DADOS	55
4.5 ENTRADA NO CAMPO DE ESTUDO	58
4.5.1 PROCEDIMENTO ÉTICO	58
4.6 SUJEITOS DA PESQUISA.....	59
4.7 O TRABALHO DE CAMPO	59
4.7.1 Entrevista Estruturada.....	60
4.7.2 Observação participante.....	60
5 A CONSTRUÇÃO DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	64
5.1 DESCREVENDO OS PROFISSIONAIS DA ESF SÃO BRAZ65	
5.2 FACILIDADES ENCONTRADAS NO PROCESSO DE TRABALHO DA ESF QUE POTENCIALIZAM A CONSTRUÇÃO DA PRÁTICA INTERDISCIPLINAR	66
5.2.1 Descrevendo a organização do trabalho voltada para a coordenação do cuidado.....	66
5.2.2 Perfil e atitude.....	68
5.2.3 Referência e contra referência através da detecção de situação-problema.	73
5.2.4 Formas comunicativas não verbais: Prontuário Familiar, mural e pasta de recados	75

5.3 DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PROFISSIONAIS NA CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES E A CAPACIDADE DE SUPERAÇÃO DA EQUIPE.....	77
5.3.1 Precarização do trabalho.....	78
5.3.2 Estrutura física inadequada.....	79
5.3.3 Dificuldade de acesso dos usuários à Unidade Saúde da Família.....	82
5.3.4 Valorização do saber médico pela comunidade nas práticas em saúde.....	84
5.3.5 Utilização dos serviços da Unidade Saúde da Família somente na atenção às condições agudas da doença.....	85
5.3.6 Valorização das atividades curativas nos relatórios do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) pelo Ministério da Saúde.....	87
5.3.7 A falta de continuidade da atenção à saúde.....	88
6 AÇÕES EM SAÚDE QUE PROPICIAM A PRÁTICA INTERDISCIPLINAR.....	93
6.1 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO.....	93
6.2 ACOLHIMENTO.....	94
6.3 REUNIÃO DE EQUIPE.....	104
6.4 VISITA DOMICILIAR.....	113
6.5 GRUPOS DE APOIO.....	118
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
REFERÊNCIAS.....	133
ANEXOS.....	141
ANEXO A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO.....	142
APÊNDICES.....	143
APÊNDICE A – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	144
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA.....	145

1 INTRODUÇÃO

Durante o curso de enfermagem, um dos questionamentos que sempre surgia nos diálogos com os colegas era em que área iria atuar, qual estágio gostou mais, hospital ou saúde coletiva? Sempre pensando qual especialidade vou fazer? Na verdade entramos na faculdade já procurando uma área de interesse, a ponto de surgir certo medo, mesmo que sutil, naqueles que não haviam pensado nisto ainda, e eu era uma destas.

Hoje, oito anos depois de formada, vemos que isso ainda não mudou. As instituições de ensino estão longe de formar profissionais generalistas. Essa realidade não poderia deixar de ser diferente, pois os formadores são especialistas, as instituições estão organizadas de forma disciplinar, com ênfase nas especialidades e, conseqüentemente, a população está em busca de seus especialistas. Não temos a pretensão de dizer que não precisamos destes profissionais, mas a partir do conceito ampliado saúde/doença, entendemos que deve haver mudanças no processo da atenção à saúde, principalmente na Saúde Coletiva deste país, sendo imprescindíveis os profissionais generalistas neste processo.

Após minha formação, acabei atuando em uma Unidade Saúde da Família por acreditar em seus propósitos, principalmente no que se refere à substituição da prática convencional do modelo biomédico de assistência para um processo de trabalho em equipe interdisciplinar na lógica da integralidade e do cuidado em saúde.

Buscando aperfeiçoamento na área, fiz uma pós-graduação interdisciplinar em Saúde Coletiva, onde realmente confirmei que esta “integralidade” só poderia ser efetiva através da integração dos membros de uma equipe, superando as hierarquias existentes no trabalho em saúde e assumindo uma responsabilidade coletiva.

Segui adiante e posteriormente fui convidada para atuar como coordenadora de treze Equipes Saúde da Família (ESF), esta experiência me proporcionou vivenciar a problemática do atual modelo de atenção: o processo de trabalho e perfil dos profissionais para práticas interdisciplinares. Ao longo desta trajetória observei que para os profissionais de saúde a integralidade foi um dos princípios do SUS mais desafiadores de se colocar em prática, principalmente no que se refere ao trabalho em equipe interdisciplinar.

Constatei a partir do meu cotidiano de trabalho a falta de interação entre os diversos profissionais de saúde para resolução de problemas detectados, como também práticas isoladas e fragmentadas. Sabendo que para trabalhar com as necessidades de saúde trazidas pelos usuários e famílias é necessário um olhar ampliado em saúde e do trabalho em equipe, esta deve buscar soluções em conjunto e reconhecer que a ação uniprofissional é limitada para dar conta da complexidade do processo saúde doença.

Em 2006 tive oportunidade de trabalhar no Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), serviço de Atenção Especializada do Sistema Único de Saúde, no qual recebíamos encaminhamentos de usuários da rede básica, estabelecendo um trabalho fragmentado com as diversas categorias profissionais de saúde, pois apenas seguíamos protocolos, resumindo-se em ações uniprofissionais, sem a coresponsabilidade desejada. Nesta época comecei a me indagar em como compor um trabalho em equipe interdisciplinar visando o princípio da integralidade?

Pensando nesse contexto de trabalho em equipe interdisciplinar, parece óbvio que, ao incorporar novas competências aos processos de trabalho, os serviços tendem a ampliar sua capacidade e melhorar sua resolubilidade.¹ Mas do ponto de vista operacional, sabemos que essa coerência não se traduz realidade.

Foi neste momento em que percebi o quanto é difícil constituir equipes de trabalho em saúde com perfil e competência para essa nova realidade. Enquanto os profissionais não interagirem entre si, trocando conhecimentos, articulando os

¹ Resolubilidade aqui referida está sendo considerada como a capacidade de resolver as situações-problemas encontradas, através de uma abordagem ampliada do conceito saúde-doença, sem necessidade de encaminhamento, seria esgotar todas as possibilidades que a equipe dispõe para satisfazer as necessidades do usuário/família.

saberes dos diversos profissionais, cada um dentro de sua especificidade, mas com situação problema em comum, não podemos dizer que há trabalho em equipe interdisciplinar.

Então, a partir desta minha trajetória no Sistema Público de Saúde, parto da premissa que é necessário conceber a saúde como “produção social”, principalmente como profissional integrante da ESF, tendo o trabalho em equipe interdisciplinar como requisito no processo de trabalho, saindo da ótica do trabalho individual e fragmentado para um trabalho integrado, visando à integralidade da assistência prestada.

A dimensão do processo de trabalho interdisciplinar amplia-se na área da Saúde Coletiva alcançando um status de necessidade interna diante da complexidade do processo saúde/doença e das diversas diferenças socioeconômicas, educacionais e culturais existentes em nosso país. Frente a esse perfil, desponta a necessidade dos profissionais que atuam nas Unidades Saúde da Família compreender o usuário e família de forma integral e sistêmica que garantam a eficácia da atenção às necessidades de saúde, obtendo um maior impacto na qualidade de vida da população.

Assim, nesta perspectiva de buscar conhecimentos e trocar experiências acerca deste novo modelo de atuar em saúde, em 2006 ingressei no Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí-SC. Por ser um curso multiprofissional, haveria possibilidades de conhecer as experiências produzidas pelas diversas categorias profissionais em seus locais de trabalho, ou seja, estratégias que acabam direcionando suas práticas em saúde para efetivação do SUS. Então dentro deste contexto, não poderia deixar de realizar minha dissertação sobre o trabalho em equipe interdisciplinar.

Buscando resposta aos meus questionamentos, durante o mestrado percebi a importância de reconhecer a competência de toda a equipe, verificando atribuições específicas e coletivas, compartilhando conhecimentos e informações, e que somente esta articulação dos saberes, pautados numa concepção de processo saúde/doença que contemple suas múltiplas dimensões, nos remete a integralidade da assistência.

No decorrer desta caminhada, pude cursar algumas disciplinas que foram importantes para a construção do objeto de estudo. Primeiro pensei em identificar práticas curriculares interdisciplinares nos cursos da graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia para o processo de trabalho em Atenção Primária à Saúde, mas por fim optei em realizar a pesquisa “in loco”, pretendendo conhecer as práticas de trabalho em equipe no processo de trabalho da ESF.

Alguns estudos têm discutido sobre o trabalho em Equipe Saúde da Família (Peduzzi, 1998; Silva, 2005; Cotta, 2006; Araújo, 2007). Ficando claro que o problema do atual modelo assistencial está na organização do processo de trabalho em equipe direcionada ao modelo médico-centrado, sendo necessário uma mudança da forma para equipe multiprofissional centrado como núcleo da produção de serviços, que por si só garante uma nova lógica finalística na organização do trabalho (FRANCO, 2007).

A base para o trabalho em equipe interdisciplinar está na responsabilização de cada profissional e na relação desta responsabilidade frente ao objetivo coletivo. Desse modo, a integração entre os profissionais pressupõe: acolher e instrumentalizar os membros da equipe sobre os objetivos comuns, dividir e pactuar responsabilidades.

Essa teia de relações constitui-se por meio da consideração da dimensão viva do trabalho em saúde, dimensão que transcende às questões técnicas processuais e ancora suas bases nas relações e nos comportamentos.

Portanto parto do pressuposto de que a mudança do modelo assistencial na equipe ESF se viabiliza a partir da reorganização do processo de trabalho de todos os profissionais de saúde, no sentido de passarem a ter seu trabalho determinado pelo uso das tecnologias leves² que operam em relações intercessoras entre trabalhador-usuário (MERHY, 2007). Esta mudança passa a ser debatida a partir dos anos 70 onde se pensava em um novo modelo de atenção para os serviços de saúde.

² Classificamos a tecnologias de trabalho em saúde, conforme Merhy, em três tipos: Tecnologias duras, as inscritas nas máquinas e instrumentos; Tecnologias leve-duras, as presentes no conhecimento técnico estruturado e Tecnologias leves, as chamadas tecnologias das relações, e estas últimas ele propõe devem determinar a produção dos serviços de saúde.

Visando um novo paradigma para a assistência em saúde, marcado pelo movimento da Reforma Sanitária, realização da VIII Conferência Nacional em Saúde e posteriormente com a implantação do Sistema Único de Saúde em 1988, o conceito saúde/doença passa a ser ampliado, exigindo um novo perfil profissional para a construção deste Sistema. E para que esta nova prática se concretize, faz-se necessária a presença de um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade, envolvendo ações de promoção, de proteção, assistencial e de reabilitação, passando a visualizar a saúde como uma malha de determinações.

A primeira iniciativa de mudança adotada pelo Ministério da Saúde para este novo modelo de atenção, a partir da Atenção Primária, foi em 1993, através da criação do Programa Saúde da Família, visando reorganizar os serviços de saúde no país, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação de indivíduos e famílias, de forma integral e contínua.

Em 2006, através da portaria 648-GM, o PSF deixou de ser mais um dos Programas verticalizados do Ministério da Saúde, e consolidou-se como a Política Nacional de Atenção Básica (nome adotado pelo Ministério da Saúde para referir-se à Atenção Primária), considerando como Estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica no Brasil (BRASIL, 2006).

A Estratégia Saúde da Família apresenta no seu processo de trabalho o trabalho em equipe interdisciplinar, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações. Conforme análise realizada dos documentos oficiais do Ministério da Saúde para a revisão da literatura desta dissertação, verificou-se que faltam definições claras de que trabalho em equipe se almeja e como pode ser realizado no cotidiano dos profissionais da ESF.

Então passado treze anos da criação da ESF, que destaca a integralidade como eixo norteador dos cuidados em saúde através de uma equipe multiprofissional, justificando o trabalho interdisciplinar, é pertinente que se realizem

estudos qualitativos para caracterizar a construção da prática interdisciplinar na ESF?

Considerando-se as reflexões até aqui desenvolvidas, definimos como objetivo para a realização deste estudo descrever como são construídas as relações interdisciplinares pelos profissionais no seu cotidiano.

Entendemos que o trabalho em equipe interdisciplinar, se constrói no dia-a-dia dos serviços, no diálogo entre os profissionais e no concreto das experiências produzidas pelos profissionais. Para tanto procuramos descrever como se organiza este processo de trabalho. Como se estabelecem as relações dos diferentes profissionais da equipe? Os saberes e valores dos profissionais propiciam práticas da integralidade?

A partir da observação participativa do cotidiano da ESF, tornou-se possível descrever como estes profissionais organizam e realizam suas práticas de trabalho em equipe. Sendo possível verificar as facilidades e dificuldades para operacionalização da interdisciplinaridade no processo de trabalho da equipe, promovendo aos profissionais envolvidos na pesquisa, a possibilidade de refletirem sobre suas práticas e quais suas contribuições à mudança no novo modelo de atenção integral.

Justifica-se, portanto o estudo à medida que trará resultados relevantes a respeito do processo de trabalho em equipe, contribuindo para descrever as ações dos profissionais para a prática interdisciplinar, conforme prerrogativas da Estratégia Saúde da Família. Para melhor entender a construção da Dissertação, optou-se por realizá-la em capítulos.

O desenvolvimento da dissertação foi realizado nas seguintes etapas:

a) Introdução: A construção de sistemas de saúde a partir da APS, aspectos conceituais, ESF como modelo de APS adotado no Brasil e o uso das tecnologias leves no trabalho em equipe interdisciplinar;

b) Construção Do Sistema De Saúde Com Base Na APS: a busca pela integralidade na assistência à saúde; através do processo de trabalho para a

construção de um trabalho em equipe interdisciplinar, utilizando as categorias epistemológicas de Fleck e Objeto Fronteiriço como parte do referencial teórico para análise;

c) Coordenação Da Atenção Na ESF: a Busca Pela Integralidade Na Assistência À Saúde: Percurso Metodológico, abordagem qualitativa dos dados, campo de pesquisa, entrada no campo, procedimentos éticos, sujeitos envolvidos, trabalho de campo, descrevendo a estratégia de observação participativa como método de coleta dos dados;

d) Percurso Metodológico: A construção do trabalho interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família, descrevendo a organização do processo de trabalho adotado pela equipe, apontando as facilidades e as dificuldades;

e) A Construção Do Trabalho Interdisciplinar Na Estratégia Saúde Da Família: descrição das ações em saúde que propiciam a prática interdisciplinar

f) Facilidades Encontradas No Processo De Trabalho Da ESF Que Possibilitam A Construção Da Prática Interdisciplinar: considerações finais do estudo desenvolvido e conclusão da dissertação.

Para que o entendimento da montagem deste trabalho ficasse mais claro para o leitor, por questão didática, dispus a apresentação na forma de sub-títulos:

2 CONSTRUÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE COM BASE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Primeiramente, antes de iniciar esta revisão de literatura, esclareço que neste estudo será utilizada a terminologia Atenção Primária à Saúde (APS), por se considerar um termo acadêmico, embora o Ministério da Saúde se refira à APS em seus documentos oficiais, o termo Atenção Básica³.

2.1 O MODELO DE ATENÇÃO MÉDICO HEGEMÔNICO

Diversos modelos de assistência foram adotados nos últimos séculos para inversão do modelo de assistência à saúde. Para melhor compreender a necessidade de contrapor-se à hegemonia do atual modelo biologicista, faremos uma breve incursão da história da APS no Brasil.

Este modelo desenvolveu-se a partir de recursos que foram disponibilizados à assistência à saúde, centrados no conhecimento especializado, fármacos e equipamentos, seguindo o caminho do extraordinário desenvolvimento tecnológico nestas áreas (FRANCO, 2007b).

A saúde no Brasil sempre acompanhou o desenvolvimento tecnológico do mundo ocidental e rapidamente incorporou às suas práticas um arsenal tecnológico de alto custo, de acesso a poucos e de baixo impacto nos indicadores de saúde (SAITO, 2008).

Este modelo de atenção à saúde hegemônico, é chamado de modelo technoassistencial biologicista⁴ vigente. Embora seja incontestável a contribuição do relatório de Flexner (modelo flexneriano) para a melhoria da formação médica e em saúde, o contraponto é que este modelo não considerou outros campos do conhecimento, resultando numa objetivação extrema do corpo, resultando em práticas de saúde dicotomizadas que não reconhecem a subjetividade humana, principalmente numa situação de vulnerabilidade frente à doença (SAITO, 2008).

³ Terminologia explicada no sub-capítulo 1.2

⁴ Modelo biologicista também conhecido e citado como modelo Flexneriano, hospitalocêntrico, médico centrado, focado na doença, todos se referem ao mesmo conjunto de práticas.

É necessário lembrar que na época em que Flexner (1910) propôs esse modelo, o mundo estava imerso no desenvolvimento capitalista. No campo da saúde, a incorporação de tecnologias para o desenvolvimento do conhecimento e tratamento das doenças constituiu-se além de “contribuição para a ciência”, os recursos incorporados à prática médica passaram muitas vezes a substituir a clínica e intensificaram-se ainda mais a objetivação do paciente (SAITO, 2008).

Tais mudanças na economia levaram o modelo de saúde a se organizar com base no hospital e na assistência cada vez mais especializada e fragmentada. Foram construídos neste período os grandes hospitais, com tecnologias de última geração e com a incorporação da lógica de especialização dos recursos humanos. Desse modo à assistência torna-se mais cara e o hospital, a principal referência de atendimento em saúde (BAPTISTA, 2005).

Vários autores denominam este modelo de médico-assistencial privatista, que tem como principais características a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública (CARVALHO, 2001).

Enfim, o que passa a ser questionado, foi o produto de um modelo de atenção à saúde de alto custo, de acesso para uma minoria e de pouco impacto nas demandas, necessidades e doenças prevalentes (MENDES, 2002). Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) movida pela necessidade econômica dos governos convoca os países para uma Conferência de Saúde, que se realizaria em Alma Ata.

2.2 ASPECTOS CONCEITUAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

No ano de 1978, nesta Conferência Internacional de Saúde em Alma Ata, emergiu então uma proposta internacional que seria a referência para atingir a meta dos governos e comunidade mundial, no tocante à saúde do mundo para se obter melhor qualidade de vida, garantir o acesso, atender às doenças prevalentes e melhorar os indicadores de saúde dos países ocidentais: a Atenção Primária à Saúde (APS) (SAITO, 2008; STARFIELD,2004).

A Atenção Primária à Saúde passa a ser conceituada como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham constituído o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

No Brasil, a partir da Conferência de Alma Ata e do movimento da reforma sanitária que teve início em meados da década de 70, as políticas de saúde visavam atender aos princípios declarados para a APS e reestruturar o sistema de saúde, de modo que a hegemonia do modelo biologicista desse lugar às práticas do modelo tecnoassistencial da APS (SAITO, 2008).

Em 1979, a Assembléia Mundial da Saúde, lançou a APS como estratégia para se alcançar à meta de “saúde para todos no ano 2000”. Quando a OMS propôs sua agenda para operacionalização das metas acordadas em Alma Ata, a maioria dos países em desenvolvimento estava longe de atingi-las. Isso gerou problemas de conceituação e, por conseqüência de implementação (VUORI, 1984 apud MENDES, 2002).

Estas interpretações diferentes da APS se esclarecem pela própria evolução do conceito e a própria ambigüidade de algumas das definições estabelecidas em alguns foros internacionais. O uso indiscriminado pelas Escolas do pensamento sanitário e a tentativa de se instituir uma concepção positiva do processo saúde-doença também contribuíram neste processo (MENDES, 2002).

Segundo Mendes (1999) há três interpretações principais da APS, estas decodificações são encontradas em vários países e, até mesmo, convivem dentro de um mesmo país.

A APS seletiva ou programa de medicina simplificada entende-se como um programa específico destinado a populações e regiões pobres às quais oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo (TESTA, 1992; UNGER; KILLINGSWORTH,1986 apud MENDES, 2002). Coincidindo com o cenário internacional, a partir dos anos 70 no Brasil começam a desenvolver-se programas de cobertura claramente decodificada com APS seletiva, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS), (MENDES,2002;HENRIQUE, 2006).

Já a interpretação da APS como primeiro nível fundamental do sistema de serviços de saúde concebe-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, minimizando custos econômicos e satisfazendo as demandas da população. Esta organização por níveis de complexidade foi apresentada por Lord Dawson (1920), no qual o Brasil também utilizou como referência na reorganização da atenção à saúde a partir do Programa Saúde da Família (2003) (MENDES, 2002).

Este tipo de organização do sistema de saúde por níveis de complexidade foi apresentado oficialmente pelo Relatório Dawson no Reino Unido em 1920. Nessa apresentação, diferenciavam-se três níveis de atenção à saúde: centros de saúde primários, centro de saúde secundário e hospitais-escola. Este “documento descreve as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles” (MENDES, 2002, p.9; STARFIELD, 2002, p.30).

E por último a APS como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde através da recombinação, reorganização e reordenamento de todos os recursos do sistema afim de satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que pressupõe a articulação da APS dentro de um sistema integrado de serviços de saúde (MENDES,2002;OPS,1990).

Entende-se que a última decodificação da APS é a mais factível e aceitável no atual desenvolvimento do Brasil, apresentando em 1993 o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia e política nacional da APS.

Constata-se, assim, um movimento em defesa da APS, simultaneamente, como primeiro nível de atenção e como estratégia de reorientação do sistema de saúde. A atenção Básica de Saúde, terminologia utilizada pelo Ministério da Saúde, a reconhece como algo fundamental e primordial e não no sentido de elementar e simples.

Voltando a evolução histórica da APS no Brasil, há de se compreender os modelos sanitários que se sucederam nos últimos tempos para melhor compreender a proposta de reorganização do atual sistema de saúde.

Sabe-se que do início do século XX até o final dos anos 50 predominou no Brasil o modelo do sanitarismo campanhista, que se pautava por uma visão de combate às doenças de massa, práticas higienistas, e com forte concentração de decisões e com estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social (MENDES, 2002).

No entanto, o primeiro ciclo de expansão da atenção primária à saúde deu-se no início dos anos 40 com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública, convênio entre o governo federal e a Fundação Rockefeller, com atuação que articulavam ações preventivas e curativas voltada para as áreas não cobertas pelos serviços tradicionais (MENDES, 2002).

Ao mesmo tempo, a partir de 1950, ocorre um processo acelerado de industrialização do Brasil, os centros urbanos passaram a ser o eixo da economia, o que gerou uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde (BAPTISTA apud MENDES, 2005).

A partir da metade dos anos 60 a APS desenvolveu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde, conservando o modelo sespiano⁵, o que implicava na articulação das ações curativas, de promoção da saúde e na prevenção das doenças. Incorporava a atenção médica num modelo dirigido especialmente para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas e carenciais, os denominados programas de saúde pública, paralelamente, unidades ambulatoriais destinavam

⁵ Serviço Especial de Saúde Pública inspirado no Modelo Sanitarista americano (articulação de ações preventivas e curativas, ainda que restritas ao campo das doenças infecciosas e carenciais).

ações curativas às pessoas com emprego formal, caracterizando a Medicina Previdenciária (MENDES, 2002).

Nos anos 70, experiências piloto em Universidades confluem a APS seletiva para o Programa de Interiorização das Ações de Saneamento no Nordeste, alcançando abrangência nacional em 1979, configurando o 2º ciclo de expansão da APS sob forma de um programa de medicina simplificada (MENDES, 2002).

A grave crise na Previdência Social no início dos anos 80 levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS). Essas ações levaram para dentro das unidades de saúde, parte da cultura de atenção médica do INAMPS. E as AIS propiciaram um terceiro ciclo de expansão da rede de APS.

Nesta época, houve intensa ampliação da assistência médica e proliferação de contratos de serviços com empresas privadas, sem controle destes serviços contratados, criando condições para a corrupção, instaurando-se uma crise política e econômica no Brasil (CARVALHO, 2001).

A década de 70 até a criação do SUS será detalhada no próximo sub capítulo por se entender que este período coincidiu com a emergência no cenário internacional da proposta de Atenção Primária à Saúde, merecendo maior destaque.

2.3 APS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE: DA REFORMA SANITÁRIA AO SUS

Durante os anos 70, foi construída uma sólida estrutura privada de atenção médica, privilegiando a medicina curativa. A rede privada chegou a ser financiada em mais de 80% pelo Estado e os recursos para saúde eram mínimos (LUZ, 1991). Para os usuários e profissionais, as transformações da organização do sistema de saúde indicavam duas situações igualmente difíceis de serem enfrentadas: a ineficácia do sistema previdenciário e a baixa eficiência dos serviços públicos de saúde (CORDEIRO, 1991).

Frente a essa insatisfação geral se inicia o movimento da Reforma Sanitária originário nos grupos profissionais, que se pautavam em críticas ao modelo de saúde vigente e na denúncia da situação sanitária da população, acabou revelando profunda crise no sistema público de saúde (BRASIL, 1986).

É a primeira vez que se questionam os serviços de saúde hegemônicos da época, que eram excludentes, fragmentados e hospitalocêntricos, criando uma alternativa que se abria para uma análise de esquerda marxista da saúde, na qual se repensa o conceito saúde/doença e o processo de trabalho, discutindo-se a determinação social da doença, introduzindo a noção de estrutura do sistema (AROUCA, 2007).

Várias propostas a partir da década de 70 impulsionaram a construção de um sistema de saúde universal e integral. Algumas destas propostas representaram alternativas bem sucedidas, mas não se institucionalizaram como políticas públicas nacionais, mas constituíram espaços significativos de desenvolvimento científico e tecnológico, como veremos a seguir .

A Ação Programática em Saúde surgiu na década de 70, no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina na USP sendo colocada em prática pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Tinha como proposta a organização do trabalho em saúde fundamentada no ideal de integração sanitária, estruturando-se na lógica de programas de saúde com bases epidemiológicas (MENDES, 2002).

Outra proposta foi a Medicina Geral Comunitária desenvolvida em Porto Alegre, a partir de 1974. Foi inspirada por movimentos semelhantes em países desenvolvidos em que se adota a medicina familiar, supõem uma prática médica voltada para indivíduos, famílias e comunidades, sob a ótica da atenção integral, contínua e personalizada (MENDES, 2002).

Apesar destas propostas terem contribuído na tentativa de se opor ao modelo hospitalocêntrico hegemônico no Brasil, a APS passou a ter mais visibilidade política a partir da VII Conferência Nacional de Saúde (VII CNS) realizada em 1980. Antes desse evento, podemos dizer que a APS restringia-se às experiências de APS seletiva e dos Programas de extensão de cobertura (PECS) do período de 1960 a 1970 (PAIM, 2002).

Este período é conhecido, no âmbito das políticas sociais, como o período da crise da previdência social. Na ocasião da VII CNS, buscou-se elaborar um

programa nacional de serviços básicos de saúde, criando o PREV-SAÚDE, que tinha como intenção integrar os Ministérios da Saúde e da Previdência na prestação de serviços, juntamente com as Secretarias estaduais e municipais de saúde (PAIM, 2006) este programa foi inspirado na Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, mas não chegou a ser colocado em prática (CORDEIRO, 1991).

Apesar de o PREV-SAÚDE não ter sido implantado, parte do corpo doutrinário da APS continuou inspirando, no Brasil, certas políticas de saúde a exemplo dos programas especiais do Ministério da Saúde e das tentativas de descentralização dos serviços de saúde na década de 1980, com destaque para as Ações Integradas de Saúde (AIS) (PAIM, 2002).

Nos anos 80 surgiram outras tentativas de descentralização dos serviços de saúde inspirada nas doutrinas da APS, com destaque para as Ações Integradas de Saúde (AIS), propiciando o terceiro ciclo de expansão da rede de APS (MENDES, 2002; PAIM, 2002).

A partir da criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981, propõe-se reorganizar a assistência médica, sugerindo critérios para alocação de recursos no sistema de saúde, estabelecendo mecanismos de controle de custos e reavaliar o financiamento de assistência médico-hospitalar. O CONASP propõe, em 1982, o plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social. As políticas de saúde passam a ser descentralizadas, universalizadas e hierarquizadas. A proposta operacional foi concretizada no Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) que, em 1985, passou a Ações Integradas de Saúde (AIS) (CORDEIRO, 1991).

Em 1984, a Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) promoveram uma reunião para avaliação das Ações Integradas de Saúde. O encontro reforçou a posição do movimento sanitário no sentido de se promover a unificação do sistema de saúde (CORDEIRO, 1991).

Então no ano de 1986, o Ministério da Saúde convocou técnicos, gestores de saúde e usuários para uma discussão aberta sobre a reforma do sistema de saúde.

No qual o movimento da reforma sanitária teve seu marco histórico através da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que propôs reforma administrativa e a unificação das instituições e serviço de cuidados médicos em um único Ministério da Saúde, responsável pela condução e gestão de toda a política de saúde (ROSA, 2005; BRASIL, 1986).

Nesta Conferência se aprovou, por unanimidade, a diretriz da universalização da saúde e o controle social efetivo com relação às práticas de saúde estabelecidas, só que estas propostas não foram concretizadas de imediato (BAPTISTA, 2007).

No entanto, as AIS foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, que serviu como estratégia-ponte na construção do SUS. Um ano após, a nova Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde (SUS) (MENDES, 2002).

Em 1988, a promulgação da nova Constituição Brasileira estabeleceu o lema: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, ou seja, todo brasileiro tem garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Nesse processo, foi idealizado o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por base os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1991).

A partir desse período, várias iniciativas institucionais legais e comunitárias foram criando condições de viabilização do direito à saúde de acordo com a Lei 8.080/90 - “Lei Orgânica da Saúde”, promulgada pelo Ministério da Saúde que regulamenta o SUS. Segundo essa Lei, a saúde não é só a ausência de doenças e é determinada por uma série de fatores presentes no dia-a-dia, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer etc. Outra Lei, a 8.142/90, regulamenta a participação da comunidade na gerência do SUS através das Conferências e dos Conselhos de Saúde. Foram criadas, também, as Normas Operacionais Básicas (NOB) que é um instrumento jurídico-institucional editado periodicamente pelo Ministério da Saúde para aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimento tático-operacional; regular as relações entre os seus gestores e normatizar o SUS (CORDEIRO, 1996).

A efetivação de um Sistema Único de Saúde cujos princípios são a universalidade, a integralidade e a equidade se traduzem como um desafio de grande ordem, ao considerarmos as diversidades política, sócio-econômica, cultural, educacional e estrutural dentro de um mesmo território nacional.

Como podemos observar as reflexões em torno do legado da Atenção Primária à Saúde e suas estratégias dos cuidados primários, ainda hoje suscitam debates entre sujeitos e atores sociais envolvidos nos rumos da Política Nacional de Saúde. Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial (GIL, 2006).

No Brasil continuaram a surgir propostas de modelos de saúde alternativos ao modelo convencional hegemônico. (MENDES, 2002). Com o SUS, aumentou a oferta de serviços através das Unidades Básicas de Saúde, bem como a qualidade da assistência, visto que um dos princípios norteadores do SUS é o da integralidade da atenção. A atenção à saúde pautava-se num modelo de APS que abarcasse a efetivação da integralidade nas ações e nos serviços de saúde (MENDES, 2002). As duas propostas abaixo se destacam na literatura e foram impulsionadas pela Reforma Sanitária Brasileira:

O modelo de Defesa da Vida, desenvolvido no final dos anos 80, pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Refere descentralização da gestão dos serviços de saúde e organiza-se através das funções de acolhimento, assistência à saúde e vigilância à saúde (MENDES, 2002).

Já em 1992 é implantado o Programa Médico de Família, estabelecido em Niterói. Influenciado pelo modelo cubano, pela primeira vez fala-se em equipe de saúde, a atenção à saúde é desenvolvida em ambulatórios, comunidades com acompanhamentos em hospitais, enfoque familiar, sob a ótica da integralidade e as ações de saúde têm orientação comunitária (MENDES, 2002).

Todas as propostas acima visavam proporcionar APS de qualidade à nossa população e concretizar os princípios do SUS. A APS é interpretada como estratégia e assim se define nos documentos oficiais da OMS e da OPAS. Portanto propõe um processo de mudança nos sistemas nacionais de saúde, apresentando ações de saúde com caráter integral, através das ações de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação, dirigido à população, seja esta sadia ou doente.

Com a implantação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1990, retoma-se a APS na agenda política, tendo como objetivo estender as ações de saúde às populações rurais às periferias urbanas voltando-se, principalmente, para o grupo materno-infantil (BRASIL, 1993). Este programa contribuiu para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família (VIANNA, 1998).

Assim, o PSF foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília, DF, sobre o tema “Saúde da Família”, convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde Henrique Santillo com apoio do UNICEF. A reunião esteve assentada na discussão de uma nova proposta a partir do êxito do PACS e da necessidade de incorporar novos profissionais para que os agentes não funcionassem de forma isolada. Cabe salientar que a supervisão do trabalho do agente comunitário pelo enfermeiro, no Ceará, foi um primeiro passo no processo de incorporação de novos profissionais (VIANNA, 1998).

Embora rotulado como programa quando implantado, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados (BRASIL, 2001).

Portanto esse Programa se transforma em estratégia consolidando-se através da portaria nº 648/GM, quando foi sancionado como a Política Nacional de Atenção Primária, que deve abranger um conjunto de ações individuais e coletivas, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, sendo específico do processo de trabalho da Equipe Saúde da Família o trabalho em equipe interdisciplinar, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações (BRASIL, 2006).

2.4 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: MODELO ATUAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

O ciclo atual da Atenção Primária à Saúde no Brasil é caracterizado pelo desenvolvimento e expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Para o Ministério da Saúde, a ESF foi implantada com o propósito reorganizar a prática assistencial centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social. Pode ser definida como:

Um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados (LEVCOVITZ, 1996).

Superando, pelo menos no discurso oficial, a visão da Atenção Primária à Saúde como um programa de Atenção Primária seletiva.

Nesse contexto, a ESF vem despontando como possibilidade de aproximação entre serviços/sistema e usuários/necessidades. Seus pressupostos e diretrizes norteiam os processos de trabalho em saúde na perspectiva do diálogo entre equipe multiprofissional e usuário (SAITO, 2008).

A estratégia trouxe o conceito de interdisciplinaridade, em que são sistematizadas práticas e saberes de diferentes categorias no campo da saúde, gerando assim políticas mais eficazes para a população (XAVIER, 2005, p.9).

O novo modelo de atenção coincide com o conceito de Starfield (2002) quando diz que a atenção primária deve considerar todos os determinantes de saúde, não se reduzir somente ao enfoque biologista individual, mas incorporar ações de caráter coletivo, sendo indispensável o trabalho em equipe.

Starfield (2002, p. 53) cita a Carta para a Clínica Geral e Medicina de Família na Europa, contendo características consideradas típicas da Atenção Primária.

- a) geral (não é restrita a faixa etárias, tipos de problemas ou condições);
- b) acessível (em relação ao tempo, lugar, financiamento e cultura);
- c) integrada (curativa, reabilitadora, promotora de saúde e preventiva de enfermidades);
- d) continuada (longitudinalidade);
- e) utiliza o trabalho em equipe;
- f) holística (perspectivas físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos e comunidades);
- g) pessoal: atenção centrada na pessoa e não na enfermidade;
- h) orientada para a família;
- i) orientada para a comunidade;
- j) coordenada;
- k) confidencial;
- l) defensora dos pacientes em questões de saúde, em relação a todos os outros provedores de atenção à saúde

Então as atividades dos profissionais da ESF não se caracterizam por práticas simplificadas, pelo contrário, legitimam uma expansão da atenção primária à saúde em direção à incorporação e articulação das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis (VASCONCELOS, 1999).

Em documento publicado pelo Ministério da Saúde em 1998, se afirma que o objetivo do PSF é substituir as práticas de saúde orientadas para a cura de doenças e hospital. A atenção deve estar centrada na família, entendida e percebida a partir do seu contexto social, possibilitando aos profissionais uma compreensão ampliada

do processo saúde/doença, identificando necessidades de intervenção que vão além de práticas curativas (BRASIL, 1998).

Cabe ressaltar, também, que esse movimento de “olhar a família” se deu em muitos países e a formulação desta estratégia teve a seu favor o desenvolvimento anterior de modelos de assistência à família no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra que serviram de referência para a formulação da Estratégia brasileira (VIANNA,1998).

O mesmo documento elenca os princípios (abaixo) sob os quais a Unidade Saúde da Família atua:

- a) Caráter substitutivo: Não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição s práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde”.
- b) Integralidade e Hierarquização: A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema loca de saúde, denominado Atenção Básica.Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e sejam assegurados a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerida maior complexidade tecnológica para resolução de situações ou problemas identificados na Atenção Básica”.
- c) Territorialização e adscrição da clientela: trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área.
- d) Equipe Multiprofissional: A equipe Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 1998).

O Ministério da Saúde prevê que cada equipe nuclear da ESF deve constituir-se no mínimo de um médico generalista, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (SAITO, 2008). A partir do ano de 2000, por meio da portaria 1444/00, o Ministério da Saúde estabelece a inserção dos profissionais de saúde bucal na ESF, podendo ser

incorporado à equipe um cirurgião dentista e um atendente de consultório dentário e/ou técnico de higiene dental (BRASIL, 2001; VIEIRA, 2008).

É possível que a ESF tenda a integrar cada vez mais categorias profissionais, objetivando enfrentar com maior resolubilidade os problemas detectados, sejam eles individuais ou coletivos, e de ordem biológica ou sócio-cultural, buscando alcançar a integralidade, base da atual concepção de saúde (HENRIQUE, 2006).

Portanto, a ESF torna-se estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial, visando à qualidade de vida da população adscrita, através da lógica do cuidado e da integralidade da saúde configurando processos de trabalho nos quais os profissionais pratiquem ações interdisciplinares (SAITO, 2008).

2.5 O USO DAS TECNOLOGIAS LEVES NO TRABALHO EM EQUIPE NA ESF

O termo tecnologia carrega um significado muito comum associado a equipamentos e máquinas, no entanto, utilizarei como referência a fundamentação de Merhy que ampliou a concepção deste termo na área da saúde.

Merhy (2007) toma a definição de tecnologia como um conjunto de conhecimentos e agires aplicados à produção de algo, incluindo também os saberes utilizados na produção dos produtos singulares nos serviços de saúde, bem como os saberes que operam para organizar as ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos. Esse conhecimento pode ser materializado em máquinas e instrumentos - tecnologias duras; saberes e práticas estruturados - tecnologias leves; e as tecnologias leves: trabalho vivo/produção de serviços/ abordagem assistencial - modos de produção de acolhimento, vínculo e responsabilização (FRANCO; MERHY, 2007).

Esta forma de referência às tecnologias presentes no trabalho em saúde é apresentada por Merhy (2007) destacando que as tecnologias duras seriam os equipamentos, as máquinas e que encerram o trabalho morto⁶, frutos de outros

⁶ Trabalho morto é o produto de um trabalho humano anterior, que apesar de ser produto de um trabalho vivo, agora ele é incorporado como uma "cristalização", e distinta do próprio trabalho vivo em si (MERHY, 1997, p.83).

momentos da produção, dessa forma conformam em si saberes e fazeres bem estruturados e materializados, já acabados e prontos.

As tecnologias leve-duras seriam aquelas referentes aos saberes agrupados que direcionam o trabalho, são as normas, os protocolos, o conhecimento produzido em áreas específicas do saber, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo e outros; caracterizam-se por conter trabalho capturado, porém com possibilidade de expressar o trabalho vivo⁷. As tecnologias leves são produzidas no trabalho vivo em ato, condensam em si as relações de interação e subjetividade.

Todas essas tecnologias se fazem necessárias nos processos de produção em saúde e nesta perspectiva concordamos com Pereira (2001), ao afirmar que não cabe haver hierarquização de valor das tecnologias; a depender da situação, todas são importantes, porém não se deve esquecer de que em todas as situações as Tecnologias Leves precisam estar sendo operadas.

Dessa forma as ações em saúde operadas pelas Tecnologias Leves (trabalho em equipe) só serão realizadas se houver processo de trabalho interdisciplinar, que opere em grande medida a partir do trabalho vivo em ato, em relações intercessoras, onde toda a energia criativa encontra espaço para se manifestar no processo produtivo (MERHY, 1997; 1999 apud MERHY, 2007).

Nesse sentido defendemos que as mudanças serão potencializadas se incorporarmos, na prática de saúde, as Tecnologias Leves nas relações entre profissionais e entre estes e os usuários.

Partindo do entendimento que o trabalho em equipe interdisciplinar só se expressa em práticas e que estas são produzidas sempre a partir de relações entre os profissionais, no próximo capítulo será contextualizado o processo de trabalho na ESF para a interdisciplinaridade.

⁷ Trabalho vivo é aquele trabalho em ato que ocorre no momento singular do encontro dos sujeitos, ou seja é o momento da criação, exercido de forma autônoma (MALTA et al, 2000).

3 COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A BUSCA PELA INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

3.1 COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Segundo Starfield (2002) Coordenação é um “ estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum”. Sendo essência da coordenação a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para tal atendimento.

Buscando ofertar uma assistência integral à saúde, a organização do processo de trabalho na ESF surge como principal foco a ser enfrentado. Este deve ser organizado através do trabalho integrado e não partilhado, onde a equipe se responsabiliza pelo cuidado através da interação de saberes e práticas entre os profissionais (FRANCO; JÚNIOR, 2007).

Considero que a proposta de Starfield (2002) de que a Atenção Primária à Saúde realize atividades de “coordenação” está de acordo com a idéia de responsabilização conferida à equipe da ESF. Assim os profissionais assumem uma responsabilidade compartilhada, somando-se esforços para aprimorar a coordenação e continuidade do cuidado à população adscrita.

Pensando nesta reorganização do processo de trabalho, o modelo de atenção com vistas à integralidade deve estar centrado no trabalho em equipe interdisciplinar e no usuário e suas necessidades. Isto se dá através de uma intervenção no nível da micropolítica de organização dos processos de trabalho, incorporando práticas assistências que operam a partir das tecnologias leves (as inscritas nas relações) e tecnologias leve-duras (conhecimento técnico-estruturado), principalmente. (MERHY, 2007).

Segundo Merhy (2007, p.61),

A micropolítica do processo de trabalho, não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre “atravessado” por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. Exemplo disso é a criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser “explorada” para inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas.

A ESF traz na sua concepção teórica a tradição herdada da Vigilância à Saúde, mas reconhece que a mudança do modelo assistencial dá-se a partir da reorganização do processo de trabalho, problema atual enfrentado nas Equipes Saúde da Família (MERHY, 2007).

Diferentemente do que se propaga no discurso médico hegemônico, a APS aqui representada pela Estratégia Saúde da Família não é uma ação simplificada. Quando assumida de forma integral e resolutiva, ela exige dos profissionais que nela atuam um arsenal de atributos e recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos.

Embora o processo de trabalho na ESF esteja direcionado para práticas interdisciplinares, nada garante que com sua implantação haverá ruptura com o modelo médico-centrado. O modo de trabalho e de assistir as pessoas está mais ligado a concepção de saúde/doença concebida pelos profissionais e que acaba definindo o perfil da assistência (MERHY, 2007).

Nessa perspectiva iremos perceber que, para lidar com o biológico, as tecnologias leve-duras e duras deverão estar presentes para a produção de saúde, mas também não podemos esquecer que o usuário que busca os serviços de saúde traz consigo além da queixa, suas necessidades, desejos, dificuldades, enfim traz todas as suas demandas, e se quisermos cuidá-los, teremos que saber, perceber, escutar, acolher e decifrar esta demanda, ou seja, suas necessidades de saúde.

Pensando nesta lógica quem dá conta desta complexidade nos espaços de trabalho da ESF? A incorporação e o uso desmedido das tecnologias leves pelos profissionais em suas ações. A equipe deve orientar seu processo de trabalho

baseado na escuta, no acolhimento, vínculo, de autonomia do sujeito, através de práticas interdisciplinares.

Franco e Magalhães Junior (2007) explicam isso quando trazem que a integralidade começa por uma organização dos processos de trabalho na Atenção Primária, centrado nas tecnologias leves e leve-duras sendo estas a condição para que o serviço seja produtor do cuidado.

Assim o trabalho em equipe é uma tecnologia leve (tecnologia das relações) que se produz em ato dentro do trabalho vivo. Só que enquanto os profissionais não construírem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um “campo de produção do cuidado” o que é comum na maioria das equipes, não se pode dizer que há trabalho em equipe (FRANCO, 2007)

O diferencial no processo de trabalho na ESF está no modo de como os profissionais atuam, a implantação da estratégia por si só não garante a efetivação do trabalho em equipe interdisciplinar, pois segundo Calmon (2003) para trabalhar interdisciplinarmente, são exigidas algumas qualidades pessoais como transparência, bom humor, saber ouvir, ser alegre, ter confiança, ter flexibilidade, ter responsabilidade, diplomacia, organização e tolerância. Percebe-se a carência de profissionais com perfil e competências para essa nova realidade.

Portanto trabalhar em equipe na ESF pressupõe mais do que diferentes categorias profissionais atuando no mesmo espaço, para praticar ações interdisciplinares, estes devem atuar, articulando suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira apropriada já que todos conhecem a problemática (PEDROSA, 2001).

Podemos dizer então, que o trabalho em equipe tem a integralidade como eixo norteador de suas práticas, o que justifica práticas interdisciplinares, sabendo da polissemia da palavra é necessário descrever qual o sentido da palavra integralidade que estamos abordando.

3.2 INTEGRALIDADE COMO EIXO NORTEADOR DO TRABALHO EM EQUIPE NA ESF

Dentre as diretrizes do SUS, a integralidade da atenção sob o ponto de vista da co-gestão, está voltada para o usuário assim como para o modo de trabalho realizado pelos profissionais. A integralidade-integração no processo de trabalho, entre os profissionais da ESF, em que a atenção não pode mais ser entendida como usuária-centrada, mas centrada na rede de atenção, onde está o profissional, mas também o usuário, sua família e comunidade (BARROS, 2007).

Conforme Teixeira (2004), o processo de construção da integralidade no âmbito do SUS, enfrenta hoje um conjunto de variáveis advindas do modelo médico-assistencial hospitalocêntrico que abrange determinações econômicas e políticas. No entanto, os serviços de saúde organizados na perspectiva da integralidade, colaboram para a efetivação do modelo equipe/centrada, adotando como premissas uma assistência integral por meio das articulações das ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação; abordagem integral do indivíduo e família (GIOVANELA et al, 2002).

Concordo com Matos (2001) quando diz que a integralidade pode ter vários sentidos e significados. O autor refere que a integralidade pode ser vista como imagem-objetivo ou bandeira de luta, como valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, como dimensão das práticas e como atitude diante das formas de organizar o processo de trabalho.

Para deixarmos de ver o SUS como um texto da lei que deve ser seguido, tendo como referencial ético o princípio da integralidade, precisamos conhecer as práticas em saúde inventadas no cotidiano, no concreto das experiências produzidas pelos profissionais em seu processo de trabalho. Nesse contexto, entendemos que o princípio da integralidade deve permear todas as ações em saúde, como imagem objetivo a ser seguido, sendo construída no dia a dia dos serviços, no diálogo entre os diversos atores sociais que compõe a Estratégia Saúde da Família (LOUZADA, 2007).

Nesse sentido, a prática comunicativa pode-se constituir-se como princípio organizador do trabalho em equipe e promover integração da equipe e a

recomposição de trabalhos especializados. Da mesma forma, o trabalho em equipe pode ser considerado um dos princípios organizadores do trabalho em saúde junto a idéias reguladoras, com a integralidade da saúde (MATOS, 2003) o cuidado em saúde (AYRES, 2001) e a centralidade do usuário e da população de referência (MERHY, 2002).

No entanto, com a expansão das Equipes Saúde da Família ocorrida nos últimos anos, o trabalho em equipe passa a ser pautado em relações de legitimação do outro, fazendo com que os modos de ser, fazer e saber dos diversos profissionais e usuários do serviço emergjam como co-produtores das práticas de saúde. Podemos considerar que o reconhecimento do trabalho do outro pressupõe uma concepção de processo saúde/doença que contemple suas complexidades e múltiplas dimensões, o que remete à integralidade da assistência (PEDUZZI, 2007).

O trabalho interdisciplinar e em equipe é uma das características do processo saúde da família, refere integração das áreas técnicas e profissionais de diferentes formações, segundo a portaria. Apesar de reconhecer que o trabalho deve ser em equipe com práticas interdisciplinares, não especifica como pode ser efetivada na prática esta ação.

Então a ESF requer a construção de um projeto assistencial comum com complementaridade dos trabalhos especializados, em que os profissionais envolvidos interajam entre si e também com os usuários, pressupondo, portanto, uma relação interativa e comunicativa dentro da equipe na busca da qualidade da atenção integral conforme as necessidades do usuário/família/comunidade (ARAÚJO, 2007). No capítulo a seguir será contextualizado o trabalho em equipe interdisciplinar como dispositivo de efetivar a integralidade.

3.3 SOBRE O CONCEITO DE INTERDISCIPLINARIDADE

Quando se fala de trabalho em equipe, temos que pensar que existem várias práticas desta ação pelos profissionais nas Unidades Saúde da Família. Embora documentos do Ministério da Saúde apontem a interdisciplinaridade como nova proposta de trabalho, o mesmo não esclarece as bases epistemológicas para sua execução, apenas pontua que deve haver integração.

Aproveitando as análises documentais realizadas para o artigo de revisão bibliográfica desta Dissertação, apresento abaixo algumas das análises de documentos técnicos selecionados.

Segundo a Portaria nº 399/GM de 22/02/06 que culminou na edição do 6º volume da Série Pactos pela Saúde.

[...] todo o município é responsável pela integralidade da atenção à saúde de sua população, devendo garantir ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo em seu contexto familiar, social e de trabalho.

Analisando este documento, o mesmo refere que as equipes da Atenção Primária (ESF) podem efetivar a integralidade a partir de práticas interdisciplinares. Então o profissional deve conceber um conceito de saúde/doença ampliado para adotar estratégias que possam responder às demandas deste novo contexto. Ao se instituir um trabalho interdisciplinar, pressupõe-se que os diversos conhecimentos e competências poderão interpretar “melhor” as necessidades trazidas aos serviços de saúde e intervir coerentemente sobre elas.

Visto que este documento considera a ESF como modelo de atenção adotado, deveria especificar mais no que se refere à prática interdisciplinar no processo de trabalho dentro das equipes. Sem criar ou apontar ferramentas possíveis para tal ação nas ESF, ficará difícil a efetivação, pois não podemos esquecer que a maioria dos profissionais atuantes são frutos de uma formação biomédica e especializada.

Em março do mesmo ano, o Ministério da Saúde edita a Portaria nº648/06GM que diz respeito a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2006).

Analisamos que este documento aborda as especificidades da Estratégia Saúde da Família e da Atenção Básica. Dentre elas, os Princípios Gerais, das responsabilidades de cada esfera de governo, da infra-estrutura e os recursos necessários, cadastramento das Unidades, das atribuições dos profissionais, do

processo de educação permanente e por fim o processo de trabalho Saúde da Família, destacando o trabalho interdisciplinar, referindo integração das áreas técnicas e profissionais de diferentes formações.

Sobre o trabalho em equipe na ESF, este documento analisado não contextualiza muito esta ação, somente direciona para a integração dos profissionais, que conseqüentemente se pensa em comunicação, mas para tal, exige-se uma área em comum que possa ser problematizada entre os profissionais, onde há participação e cooperação, contribuindo na busca da melhor resolução para a situação encontrada.

Apesar de reconhecer que o trabalho deve ser em equipe com práticas interdisciplinares, o documento não especifica como pode ser efetivada na prática esta ação.

Outro questionamento que surgiu na leitura do documento é a falta de clareza na conceitualização, concepção ou categorização do termo interdisciplinaridade. Não oferece ferramentas, nem direciona os caminhos a serem tomados, apenas pontua que deve haver integração, mas de que forma realmente esta integração deve ser efetivada na prática, sabendo que a prática do modelo biomédico ainda é hegemônica atualmente nos serviços de saúde?

As dificuldades apontadas acima acabam gerando várias compreensões pelos profissionais. O termo muitas vezes é confundido com outras terminologias ou usado de forma incorreta, o que dificulta a sua própria execução.

Na literatura encontram-se diversos autores abordando o tema interdisciplinaridade, no qual esse tema também acaba gerando contradições, sendo confundido com outras abordagens como multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade.

Em busca de esclarecer estes conceitos, e longe de querer delimitar um significado preciso, preferi categorizar este termo conforme recorte e objeto de estudo desta dissertação, antes de abordá-lo como prática na ESF. Esta clarificação se faz necessária a partir do momento que existe ambigüidade da palavra – chave utilizada em nosso trabalho.

A base conceitual que permitirá uma categorização de interdisciplinaridade será a obra de Japiassu (1976) modificadas por Cutolo (2001). Para poder “limpar” o termo interdisciplinaridade, optei por uma conceitualização dos prefixos que são utilizados com a disciplinaridade⁸ - multi, pluri, inter e trans.

Segundo Japiassu (1976), é necessário ter clara a origem da palavra para compreender as derivações que dela possam existir. O mesmo refere a disciplinaridade como exploração científica especializada de determinado domínio homogêneo de estudo, isto é, o conjunto sistemático e organizado de conhecimentos que apresentam características próprias nos planos de ensino, da formação, dos métodos e das matérias; esta exploração consiste em fazer surgir novos conhecimentos que soma-se aos antigos.

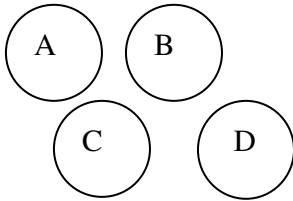
Seguindo as conceitualizações de Japiassu (1976), modificadas, serão representados abaixo as derivações do termo disciplinaridade.

Multidisciplinaridade indica uma execução de disciplinas desprovidas de objetivos comuns, sem que ocorra qualquer aproximação ou cooperação (CUTOLO, 2007, p. 19)

O termo multidisciplinar sugere uma simples justaposição, num trabalho determinado, dos recursos de várias disciplinas, sem implicar necessariamente um trabalho de equipe e coordenado. Quando nos situamos no nível do simples multidisciplinar, a solução de um problema só exige informações tomadas de empréstimo a duas ou mais especialidades ou setores de conhecimento, sem que as disciplinas levadas a contribuir para aquela que as utiliza sejam modificadas ou enriquecidas. Relativizando na ESF, poderia ser descrito como uma equipe de profissionais trabalhando simultaneamente, mas sem fazer aparecer as relações que podem existir entre eles. E é considerado como um sistema disciplinar de apenas um só nível e com diversos objetivos, nenhuma cooperação. Poderia ser esquematizado da maneira a seguir:

⁸ Japiassu quando refere disciplinaridade não utiliza o mesmo recorte utilizado neste estudo. A categoria disciplinaridade deste estudo refere-se à profissão de saúde.

FIGURA 1: Multidisciplinaridade



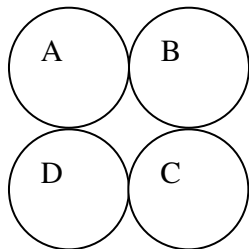
Fonte: Cutolo,(2007, p. 19). Capítulo I – Bases Epistemológicas da interdisciplinaridade.

Pluridisciplinaridade teria um núcleo comum já aparecendo uma relação, com certo grau de colaboração, mas em uma ordenação; haveria um toque, um tangenciamento entre as disciplinas (CUTOLO, 2007, p. 19).

O termo pluridisciplinar sugere também agrupamento, intencional ou não, como por exemplo: os profissionais, em suas relações, visariam certo grau de colaboração, mas excluindo toda coordenação. Seria a justaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo a fazer aparecer às relações existentes entre elas. Perini et al (apud CUTOLO 2001, p.19) chama de multidisciplinar o que Japiassú (1976) chama de pluridisciplinar, ou seja quando uma situação comum é abordada de forma sequencial pelos profissionais, mas sem ordenação.

Como mostra a ilustração abaixo:

FIGURA 2: Pluridisciplinaridade



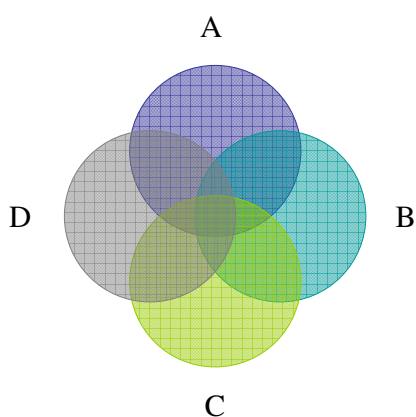
Fonte: Cutolo,(2007, p. 19). Capítulo I – Bases Epistemológicas da interdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade é caracterizada por Perini et al. (apud CUTOLO 2007, p. 20) como a possibilidade do trabalho em conjunto na busca de soluções, respeitando-se as bases disciplinares específicas.

Podemos interpretar neste estudo a interdisciplinaridade pela intensidade das trocas entre os profissionais de saúde e pelo grau de integração real das profissões, no interior de um projeto em comum, assumindo uma co-responsabilidade nas situações-problemas. A interdisciplinaridade vai além do simples monólogo dos profissionais ou do diálogo paralelo entre dois dentre eles. O espaço interdisciplinar não pode ser outro senão o campo unitário do conhecimento. O fundamento deste espaço deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares.

Na ação interdisciplinar existiria uma colaboração entre os diferentes profissionais, que no multi e no pluri não ocorre, isto é, existe um intercâmbio de saberes, de modo que, no final do processo interativo, cada profissional sai enriquecido por ter incorporado os resultados de vários olhares disciplinares, assegurando a cada uma seu caráter propriamente positivo. Segue abaixo ilustração.

FIGURA 3: Interdisciplinaridade



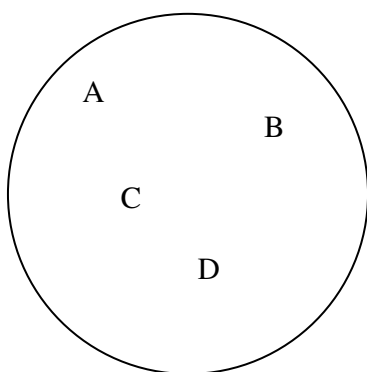
Fonte: Cutolo.(2007, p. 20). Capítulo I – Bases Epistemológicas da interdisciplinaridade.

Por fim, a transdisciplinaridade seria o trabalho coletivo que compartilha “estruturas conceituais, construindo juntos teorias, conceitos e abordagens para

tratar problemas comuns” (PERINI et al. apud CUTOLO, 2007, p. 20). Neste caso não há limites na área em comum entre as profissões.

Seria a construção de uma nova teoria pelos profissionais da ESF, através do trabalho coletivo buscando compartilhar seus conhecimentos, na construção de um novo conceito, ou seja, uma nova teoria para tratar situações comuns.

FIGURA 4: Transdisciplinaridade



Fonte: Cutolo.(2007). Capítulo I – Bases Epistemológicas da interdisciplinaridade.

3.4 INTERDISCIPLINARIDADE: UM CAMPO EM CONSTRUÇÃO NA ESF

Considerando a interdisciplinaridade como prática coletiva, em especial no trabalho em equipe na ESF, não deve o profissional isolar-se em seu núcleo de competência. Todos devem estar abertos ao diálogo, pois o trabalho isolado não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde, devido a gama de determinações sobre o conceito saúde/doença.

Portanto todos devem ser capazes de reconhecer aquilo que lhes falta e que podem ou devem receber dos outros, através da flexibilização dos limites de competência de cada profissional para proporcionar uma ação integral. Só se adquire essa atitude de abertura ao diálogo no decorrer do trabalho em equipe interdisciplinar (ALMEIDA, 2001).

Concordo com Cutolo (2007) quando se refere a interdisciplinaridade como uma ação que para ser desenvolvida no cotidiano dos profissionais, devendo estar

direcionada às situações concretas, ou seja, objetos fronteiriços⁹, construindo um novo conhecimento, que não é a soma dos conhecimentos anteriores, e sim a busca de alternativas para o enfrentamento de uma determinada realidade.

Dessa forma, a interdisciplinaridade não é uma abstração, é uma prática coletiva, pois as demandas de saúde são complexas e só poderão ser solucionadas pelo trabalho integrado e pela diversidade de olhares a partir de uma situação-problema. E essa prática é processada e construída no dia a dia a partir de uma sintonia que não se reivindica como a unanimidade coagida, tendo clareza que existem questões particulares (especificidades) de cada profissional que deve ser respeitada.

Apesar de ser uma das premissas das equipes Saúde da Família o trabalho em equipe interdisciplinar, sabemos das inúmeras dificuldades encontradas pelos profissionais em praticá-las. A carência de profissionais com perfil e competências para essa nova realidade é uma das maiores (SAITO, 2008).

Com a reorganização do Sistema de Saúde, configura-se uma nova concepção do trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, exigindo uma relação interdisciplinar, requerendo uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal e integração entre os profissionais da equipe (NETO, 2000).

Levcovitz (1996) destaca que nesse novo contexto, verifica-se, uma nova forma de atuar na saúde, e o surgimento da ESF trouxe propostas para mudar toda a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, saindo da medicina curativa e passando a atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade sócio-econômica e cultural.

Em sua tese de doutorado Peduzzi (1998) confirma duas concepções de trabalho em equipe na ESF, a primeira é caracterizada pela fragmentação do cuidado e a segunda, pela construção de possibilidades de recomposição. Concordo com ela quando diz que a segunda estaria consoante com a proposta da

⁹ No próximo subcapítulo, encontra-se explicado com mais detalhes o que são objetos fronteiriços.

integralidade das ações de saúde e a necessidade atual de recomposição dos saberes e trabalhos especializados.

Desse modo na equipe multiprofissional, deve haver articulação entre os saberes referindo-se a recomposição de processos de trabalhos distintos e, portanto devem ser levadas em conta as conexões e objetos fronteiriços existentes entre as intervenções peculiares de cada área profissional (SILVA, 2007).

Peduzzi (1998) destaca o fato da formação dos profissionais de saúde estar pautada no modelo biomédico, representa uma limitação para o trabalho em equipe, entendida como umas práticas comunicativas por meio da quais os envolvidos buscam consenso quanto a um projeto em comum.

Mendes (1985) sustenta que o desvio positivo da centralização da figura do médico para a equipe de saúde pode reforçar o papel do trabalhador coletivo em saúde, sempre respeitando suas identidades, mas construindo projetos que favoreçam uma atitude interdisciplinar. Não devem se constituir, por consequência, em esforços que diluam o saber, mas que incorporem saberes e práticas.

O atual contexto mostra a importância que tem sido atribuída à interdisciplinaridade nas ações em saúde, por isso questiona-se que tipos de práticas de trabalho em equipe são realizados entre os profissionais na Unidade Saúde da Família? Aproveitando análises de documentos técnicos realizados para a revisão bibliográfica desta Dissertação, que foi apresentada em forma de artigo científico, destaco:

Alguns dos estudos que pesquisaram o trabalho em equipe, apareceram os seguintes resultados.

[...] em algum momento do seu trabalho, alguns profissionais sempre buscam os demais membros da equipe para trocar informações [...] esclarecimento de dúvidas [...], com efeito, a articulação ocorre por meio da comunicação, da mediação simbólica da linguagem, que pressupõe sujeitos em inter-relação (SILVA; TRAD, 2005, p.4, grifo nosso)

Percebe-se que quando os profissionais concebem o conceito saúde/doença ampliado, reconhecem que sua área específica não dá conta de resolver todos os casos que chegam ou encontram durante seu trabalho. Então na busca de melhor resolvê-lo, adotam práticas comunicativas, articulando-se entre si na busca de sanar dúvida ou compartilhar com outro profissional a situação problema. Esta dinâmica de trabalho seria uma das alternativas em busca da efetivação da integralidade no cuidado, a comunicação entre a equipe, seja ela oral, escrita ou por gestos pactuados, é essencial para o trabalho interdisciplinar. No mesmo estudo aparece a dificuldade de superação do modelo hegemônico.

[...] planejamento é realizada de forma individualizada, isto é, cada profissional de nível superior define suas ações e programa suas atividades, socializando-as na reunião semanal, da qual todos os membros da equipe participam (SILVA; TRAD, 2005, p.6, grifo nosso).

Confirma-se que para haver interação, todos da equipe devem participar do planejamento das ações, mas o que acontece é que muitas vezes os profissionais de nível superior acabam realizando-o individualmente a partir dos seus atendimentos diários e cobranças administrativas por parte da gestão, sem compartilhar estes dados com os demais. Justificam as ações planejadas a partir do seu conhecimento técnico e interesse profissional, o que desse modo, distancia o restante da equipe desta construção que deveria ser discutida e feita em conjunto em reunião específica. À medida que todos participam, sentem-se parte desta construção e valorizados como profissionais, neste espaço deve ser valorizado todos os conhecimentos, independente do grau de instrução. Não é impondo decisões ou coagindo a equipe que se devem buscar consensos, e sim através do diálogo, humildade e valorizações dos diversos saberes.

[...] As soluções para os problemas identificados são negociadas e se procura construir consensos [...] estes consensos buscam refletir os interesses dos profissionais ou ao menos, a opinião da maioria (SILVA; TRAD, 2005, p.7).

Em relação à construção de consensos, identifico que cada um contribui no cuidado à saúde conforme sua experiência e área específica inerente a profissão. Seria como uma complementação, ou esclarecimento de dúvida em relação alguma conduta, não impondo seu conhecimento como o “melhor”, coagindo os demais. Mas

para problematizar uma situação, é necessário que todos os membros da equipe reconheçam seus papéis dentro da equipe, considerando que todos são importantes neste processo de construção de atenção integral.

[...] demonstram que o trabalho dos profissionais envolvidos nas ESF mantém as características de compartimentalização, sem um planejamento coletivo que adapte as atividades às necessidades da população na área de abrangência (COTTA, 2006, p. 15, grifo nosso).

Esta característica se deve ao fato dos profissionais atuarem de forma isolada e fragmentada, cada um realiza sua parte no que lhe compete, sem considerar a complexidade do processo saúde/doença. Então a própria concepção destes profissionais em relação à saúde/doença não contribui para a integralidade das ações, o que acaba gerando somente atividades de cunho curativo, sem considerar as necessidades de saúde da população. Deste modo não há trabalho em equipe interdisciplinar, e sim trabalho multidisciplinar, profissionais atuando de forma isolada, com enfoque biológico, sem responsabilidade pela saúde da área de atuação.

Em outro estudo realizado por Cotta (2006) sobre o trabalho em equipe, ficou evidenciado que equipe enquanto agrupamento gera fragmentação das ações em saúde.

[...] sobre o relacionamento interno da equipe de saúde revelam a inexistência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho, o que acarreta descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional (COTTA, 2006, p. 15).

Não se deve esquecer que a base para integração está na responsabilização de cada profissional e na relação dessa responsabilidade frente ao objetivo coletivo. Essa teia de relações se constitui por meio no cotidiano do trabalho em saúde, no qual todos devem sentir-se parte deste processo de forma homogeneizada, assumindo uma postura comprometida com a saúde da população adscrita, valorizando o conhecimento e experiência de todos na equipe como da própria comunidade.

Sendo assim, podemos considerar a interdisciplinaridade como um campo em construção na ESF, onde o maior desafio dos profissionais da ESF é a adoção de

uma nova visão sobre integração no trabalho em equipe para que possam pensar no cuidado à saúde como mais que “um ato, uma atitude” (BOFF, 1999).

A seguir serão apresentadas as categorias epistemológicas de Ludwick Fleck (1986) e Objeto Fronteiriço, categorias estas, que serviram como referencial teórico deste estudo para o entendimento das práticas do trabalho em equipe pelos profissionais.

3.5 UTILIZAÇÕES DE ALGUMAS CATEGORIAS EPISTEMOLÓGICAS DE FLECK E OBJETO FRONTEIRIÇO PARA COMPREENSÃO DO PROCESSO DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR

Para melhor descrição das práticas do trabalho em equipe na ESF, a partir de uma observação participante, se exige uma forma de olhar a questão que nos traga possibilidades de entendimentos da mesma.

Buscando melhor compreensão das relações disciplinares e descrição dos processos que envolvem a construção da interdisciplinaridade no trabalho em equipe na ESF, utilizei algumas categorias epistemológicas de Ludwik Fleck (1986): Estilo de Pensamento, Coletivo de Pensamento, Círculos Esotéricos e Exotéricos. Utilizei também uma categoria epistemológica derivada, chamada Objeto Fronteiriço desenvolvido por Star & Griesemer (1998).

3.5.1 Estilo De Pensamento E Coletivo De Pensamento

O conceito estático da teoria do empirismo lógico é criticado por Fleck, destacando o aspecto dinâmico que há na investigação científica. Esse autor escreveu em 1929, o que ele aborda como elementos da relação cognitiva (sujeito/objeto), os fatores internos e externos da ciência e inicia, de forma prodrômica, o desenvolvimento de sua teoria sobre Estilo de Pensamento (EP):

todo saber tem seu próprio Estilo de Pensamento com sua específica tradição e educação... cada jeito (modo) de saber seleciona diferentes questões, e as conecta com diferentes regras e com diferentes propósitos (FLECK, 1929 apud CUTOLO, 2001, p.33).

Ainda neste artigo de 1929, Fleck introduz a categoria denominada por ele como Coletivo de Pensamento, posteriormente aprofundada em outra monografia

escrita em 1935, como sendo a unidade social da comunidade de cientistas de um determinado campo. O Coletivo de Pensamento pode ser expresso como sendo o portador comunitário do Estilo de Pensamento, uma certa cumplicidade entre seus membros, uma socialização de estilo e um culto comum de ideal de verdade (Fleck apud CUTOLO, 2001, meu grifo).

Os fatos científicos construídos pelos coletivos de pensamento são assimilados e estilizados, ou seja, traduzidos em seu próprio estilo, por outros coletivos de pensamento. Tal tradução implica em modificação. Os fatos não são mais os mesmos, uma vez processados e estilizados (LÖWY, 1994a; LÖWY, 1994b, apud CUTOLO, 2001, p.40).

Cutolo (2001, p.55) elaborou a seguinte formulação para a compreensão de Estilo de Pensamento:

- a) modo de ver, entender e conceber;
- b) processual, dinâmico, sujeito a mecanismos de regulação;
- c) determinado piso/sócio/histórico/culturalmente;
- d) que leva a um corpo de conhecimentos e práticas;
- e) compartilhado por um coletivo com formação específica.

Então, neste estudo as diferentes profissões da equipe Saúde da Família serão entendidas como coletivos de pensamento, com formação específica, marco conceitual identificado e escolhas de problemas e suas resoluções bem delimitadas, de acordo com seu estilo de pensamento particularizado.

Desse modo os diferentes coletivos de pensamento (profissionais) relacionam-se e articulam-se entre si no cotidiano do trabalho em equipe através de seus círculos (círculo esotérico e círculo exotérico). Entende-se por círculo esotérico a delimitação pelos especialistas de um campo de problemas dentro da generalidade científica” (SCHÄFER & SCHNELLE, 1986, p.32).

Um outro círculo, maior, exotérico que também participa do saber científico, porém com um discurso mais simplificado (não iniciado) se forma ao redor daquele. O círculo exotérico não se relaciona diretamente com o fato científico, mas pela mediação indireta do círculo esotérico.

Estabelece-se, desta forma, sempre uma relação dos círculos esotéricos com seus círculos exotéricos correspondentes, baseado na confiança nos primeiros, “iniciados”, e nas necessidades objetivas dos segundos, “leigos formados” (FLECK apud CUTOLO, 2001). O ato de pertencer a um círculo ou a outro só faz sentido se relativizado, se comparado com o círculo correspondente. Quanto mais se afasta do núcleo esotérico em direção à periferia exotérica, mais simplificada é a tradução do fato científico.

Para compreender melhor a categoria de Fleck sobre os círculos exotéricos e esotéricos, consideramos como um fato científico, ou seja, uma situação problema vivenciada no cotidiano dos profissionais, paciente hipertenso, que é uma área comum a todos os integrantes da equipe. Então o enfermeiro dentro do seu Coletivo de pensamento pertence ao círculo esotérico em relação ao Coletivo de pensamento do agente comunitário de saúde (ACS) quando diz respeito ao conhecimento dos valores culturais, estilo de vida do paciente hipertenso, já o ACS é exotérico em relação ao enfermeiro quando diz respeito às orientações dos cuidados para manter os níveis pressóricos normais.

Então toda a situação-problema exige múltiplos olhares, ou seja, os diferentes profissionais com seus respectivos coletivos de pensamento contribuem neste processo, fazendo com que os mesmos pertençam tanto ao círculo esotérico quanto exotérico, devendo este ser sempre relativizado, pois o processo saúde/doença é dinâmico exigindo olhares diversificados para melhor compreensão e resolução.

Pertencer ao grupo e a identificação com o mesmo, a forma de trabalhar, a resolução dos problemas, a bagagem teórica e sua aplicação prática, são adquiridas na fase de formação, quando se conhecem e imitam os modelos. Por trás desta iniciação, vem a aquisição de experiência prática, que só se consegue mediante a

inclusão em um determinado Coletivo de Pensamento. (SCHÄFER; SCHNELLE, 1986).

Além disso, a possibilidade de novas descobertas só se produz, segundo Fleck, quando se afrouxa a coerção de pensamento, ou seja, quando se modifica o significado dos termos ao se fazerem visíveis outras possibilidades de conhecimento na circulação intra-coletiva de pensamento. Para essas modificações, quase sempre concorrem concepções de cunho exotérico (SCHÄFER; SCHNELLE, 1986).

Para explicar melhor esta complexidade, que é inerente às ciências ditas aplicadas, da qual a Medicina faz parte, reproduzo um exemplo utilizado por Cutolo (2001) em sua tese de doutoramento:

Pesquisadores que investigam uma nova droga no tratamento da asma, pertencem a um círculo pequeno e seletivo de indivíduos. Os trabalhos com seus resultados são disponibilizados em um congresso de Pneumologia Pediátrica e veiculados em uma revista que atende ao mesmo grupo. Estes especialistas formam um círculo um pouco maior e exotérico em relação aos pesquisadores. Supondo que os pneumologistas pediátricos trabalhem num hospital pediátrico de ensino e normalizem esta nova terapia para uso rotineiro, os pediatras gerais que trabalham na emergência passarão a utilizar a conduta em seus pacientes. Estes generalistas formam um círculo ainda maior, exotérico, em relação aos pais dos pacientes, a quem cabe saber que existe um novo produto e como deve ser utilizado, conforme a prescrição médica. Os pais pertencem ao maior círculo, o mais exotérico de todos, e o que legitima a necessidade da pesquisa daquele pequenino e mais esotérico grupo, o dos pesquisadores. À medida que o fato passa dos limites de seu círculo, ele é retraduzido e simplificado (CUTOLO, 2001, p. 41).

Estas categorias epistemológicas de Fleck possibilitam a interpretação e a compreensão de fatos complexos, como os que envolvem a interação entre diferentes Coletivos e Estilos de Pensamento, prestando-se à busca de interfaces, áreas de circulação comum de conhecimentos e práticas entre as profissões de saúde durante sua fase de formação, ainda na graduação, mas também após esta, durante o exercício profissional em equipe, conforme exigido pela Estratégia de Saúde da Família e pelo princípio da Integralidade.

No entanto, as tensões e as dificuldades de comunicação existentes entre Coletivos de Pensamento levaram ao desenvolvimento de uma nova categoria epistemológica, o “Objeto Fronteiriço”, categoria explicada a seguir.

3.5.2 O Objeto Fronteiriço

Tendo em vista o fato de que o processo de trabalho dos profissionais na ESF determina a ação interdisciplinar, e para tal precisa-se de uma situação-problema em comum, utilizei a categoria epistemológica, desenvolvida por sócio-interacionistas da Escola de Chicago, dentre eles cito Star & Griesemer (1989), chamada Boundary Object. A melhor interpretação para esta expressão seria Objeto Fronteiriço ou Limítrofe. Entendo que fronteiriço seria algo sem limites definidos, como áreas de circulação em comum que podem ser compartilhados com outros saberes, por isso utilizei a nomenclatura Objeto Fronteiriço neste trabalho.

Poderíamos entender objeto fronteiriço como conceitos, técnicas, materiais de domínio de uma área (ou de um coletivo de pensamento) que possui compatibilidade com outros coletivos (CUTOLO, 2001). Seria uma área de domínio em comum dos profissionais na ESF, cada um compartilhando com suas especificidades e conhecimentos acerca deste objeto fronteiriço, onde há cooperação dos coletivos de pensamento para a sua melhor compreensão.

Esta categoria apresenta-se como a possibilidade dialógica entre diferentes Coletivos de Pensamento, funcionando como zona de troca, diminuindo a incongruência entre os discursos plurais estilizados (CUTOLO, 2003).

Acredito que objetos fronteiriços podem, realmente, ser utilizados como ferramenta para o exercício do trabalho em equipe interdisciplinar. Uso esta categoria para descrever, as áreas de conhecimento e situações-problema vivenciadas no cotidiano dos profissionais, sendo possíveis espaços para o desenvolvimento da interdisciplinaridade.

Importante ressaltar que a palavra disciplina é considerada neste estudo como profissão da área de saúde, ou seja, Coletivo de Pensamento. Sendo assim, na interdisciplinaridade, além dos coletivos de pensamento se tangenciar, eles se misturam se fundem em alguns momentos, recebendo um olhar comum e ao mesmo tempo estilizado pelos sujeitos envolvidos. Fleck (1986) refere esse olhar estilizado como Estilo de Pensamento. E dentro de cada Estilo de Pensamento existe uma

área que pode ser de domínio comum entre dois ou mais Coletivos de Pensamento a que denominamos Objetos Fronteiriços.

Parto do pressuposto que existem situações-problemas que permeiam o conhecimento de outra profissão, permitindo que o conhecimento de outras áreas (coletivos de pensamento), acrescentado ao seu, crie um conhecimento mais rico a ambos, podendo oferecer um melhor cuidado à pessoa que necessita de tratamento integral.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Nosso estudo se caracterizou por ser um estudo descritivo, analítico, tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa dos dados.

Conforme explica Flick (2004, p. 28) a pesquisa qualitativa é orientada para análise de casos concretos em sua particularidade temporal e local, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais.

Então se trata de um estudo descritivo, pois pretende descrever os fatos e fenômenos observados de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1990), registrando, analisando e correlacionando fatos sem manipulá-los (CERVO & BERVIAM, 2002). Segundo Triviños (1987), o estudo descritivo, quando junto com o estudo de caso, tem por objetivo, aprofundar a descrição de determinada realidade.

Em relação aos meios empregados, a nossa pesquisa classifica-se como estudo de caso, que, segundo Lüdke e André (1986), pode ser simples e específico ou complexo e abstrato, porém é sempre bem delimitado, visa à descoberta e enfatiza a interpretação em contexto, buscando retratar de forma completa e profunda.

Estudo de caso porque tem por “objetivo” aprofundar a descrição de determinada realidade fornecendo o conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada que os resultados podem permitir e formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas (TRIVIÑOS, 1990).

Procurarei interpretar o contexto em que se situa meu objeto de estudo para melhor apreendê-lo, procurando compreender a manifestação geral de um problema, como se manifesta as ações, as percepções, os comportamentos e as interações das pessoas relacionando à situação de onde os mesmos ocorrem (LÜDKE e ANDRÉ, 1986).

Enfim, a complexidade do trabalho em saúde passou a exigir novas estratégias, sendo o trabalho em equipe interdisciplinar na ESF como possibilidade,

permitindo-me estudar neste caso como os profissionais de saúde se comunicam no cotidiano de trabalho para resolver as necessidades de saúde de sua população.

Para Lüdke e André (1986), o estudo de caso possui uma fase exploratória que consiste no contato com o fenômeno observado. Essa fase colocou-se como fundamental para a definição mais precisa do objeto de estudo. Essa fase se iniciou após a elaboração do projeto de pesquisa, onde selecionei intencionalmente a equipe Saúde da Família, obtendo contato prévio com os profissionais da equipe, explorei o cotidiano do serviço em busca de elementos que ajudasse na construção e exploração do objeto de investigação.

A outra fase da delimitação do estudo foi a seleção dos aspectos mais relevantes e a determinação do recorte. Esta etapa foi importante para atingir os propósitos do estudo de caso e para chegar à compreensão mais completa da situação estudada.

4.2 QUANTO À ABORDAGEM

A abordagem qualitativa apresentou-se como suporte para o estudo do trabalho em equipe por este ser uma parte de uma realidade complexa. Sendo assim, a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalha com o universo de significados, das ações, motivos, crenças, aspirações, valores, atitudes e relações humanas, captadas a partir do olhar do pesquisador, ou seja, preocupa-se principalmente em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais (MINAYO, 1994).

Segundo Trivinõs (1990), a pesquisa qualitativa tem suas raízes nas práticas desenvolvidas pelos antropólogos e depois pelos sociólogos. Posteriormente, na década de 70 na América Latina, ocorreria um interesse crescente pelos aspectos qualitativos na educação. Este mesmo autor descreve, se apoiando em Bogdan, cinco características deste tipo de pesquisa: primeira – tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave, isto é, existe uma participação do investigador na pesquisa, pois ele se envolve na própria vida da comunidade, porém com ação disciplinada, orientada por princípios e estratégias gerais; segunda – a pesquisa qualitativa é descritiva, porque “o foco essencial

destes estudos reside no desejo de conhecer a comunidade, seus traços característicos, suas gentes, seus problemas,...”; terceira – o pesquisador preocupa-se com o processo, e não simplesmente com os resultados e o produto, o que a diferencia da pesquisa quantitativa; quarta – o pesquisador tende a analisar seus dados indutivamente, isto é, o fenômeno é explicado num processo dialético indutivo-dedutivo e compreendido, inclusive, intuitivamente; quinta – o significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa, os sujeitos da pesquisa, que na nossa investigação são os profissionais da ESF, dão aos fenômenos significados que dependem de pressupostos concebidos pela equipe da complexidade do processo saúde/doença para a organização do processo de trabalho.

4.3 CAMPO DA PESQUISA

O município de Torres está situado no litoral norte do Estado do Rio Grande do Sul, a 196 km da capital, com 161 Km² de área. Seu clima é subtropical úmido. Estando a 16m de altitude, com temperatura média de 24°C. A população é de aproximadamente 35.000 habitantes (IBGE, 2008), sendo que no verão apresenta uma população urbana flutuante em torno de 200.000 habitantes.

O município faz parte da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde, servindo de referência para sete municípios da microrregião.

Atualmente no município estão implantadas cinco Unidades Saúde da Família, sendo que a população abrangida corresponde aproximadamente à 37% de cobertura de ESF e 59% de cobertura ESF e PACS.

A Unidade no qual realizamos o estudo foi a primeira equipe implantada no município e está localizada na zona rural, à 8 Km de distância do centro da cidade.

4.4 DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE COLETA DE DADOS E PARTICULARIDADES DA ESF

O estudo foi realizado em uma Unidade Saúde da Família, situada às margens da BR 101 Km. Esta Unidade de Saúde foi construída pela prefeitura no ano de 1996. Anteriormente a implantação da ESF, era uma Unidade Básica que

contava com uma equipe composta por (01) recepcionista, (01) médico e (01) auxiliar de enfermagem, que desempenhavam ações somente de cunho assistencial no modelo médico centrado.

A ESF foi implantada em 1999, e está localizada na zona rural do município, apresenta estrutura física precária tanto externa quanto internamente, o espaço físico condiz com antigas estruturas das unidades básicas de saúde, com ausência de salas para grupos e consultório de enfermagem. Segundo auxiliares de enfermagem, antes da implantação da ESF, só trabalhavam ali médicos e auxiliares de enfermagem com enfoque na assistência curativa.

A área de atuação em estudo abrange três localidades e é coberta por seis agentes comunitárias de saúde.

Conforme dados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) do mês abril de 2008 são de 770 famílias cadastradas, correspondendo a um universo de 2.342 pessoas, sendo destes, 1.182 do sexo masculino e 1.160 do sexo feminino. Destas famílias cadastradas, 67 pessoas referem ter diabetes e 329 referem ser hipertensas. Sendo que 731 famílias não possuem abastecimento de água da rede pública, e 747 famílias não fazem tratamento da água no domicílio. A maioria das famílias, 97,40% possui energia elétrica, mas 99,74% não possui sistema de esgoto.

Na equipe atual atuam uma médica, uma enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de serviços gerais, uma recepcionista, um cirurgião dentista e um motorista. Desde a implantação do Programa (como era chamado anteriormente a portaria nº 648/06), já passaram pela equipe 3 médicos, 1 enfermeira, 1 recepcionista e 5 técnicos de enfermagem.

Nesta equipe, duas agentes de saúde têm o terceiro grau completo e as outras quatro com o segundo grau completo, uma médica com residência em Medicina Geral e Comunitária, uma enfermeira pós graduada em Saúde da Família, uma recepcionista cursando curso técnico de radiologia.

Há dois anos os profissionais desta equipe estão trabalhando juntos nesta Unidade, importante ressaltar que somente os profissionais contratados consideram-

se equipe Saúde da Família, os demais não participam do planejamento das ações em saúde, reuniões ou confraternização da equipe, apenas executam seus trabalhos assistenciais individualmente.

A ESF funciona de segunda à sexta, durante a manhã e tarde (segunda feira a tarde é a reunião de equipe, mas a Unidade fica aberta e só atende urgências neste turno) das 8 :00 às 11:30 horas e das 13:00 às 17:30 horas. No verão o atendimento se estende até às 21:00h, devido a maioria de sua população adscrita trabalhar durante o dia, nos meses de janeiro à março, considerada alta temporada na região.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para esta equipe ser selecionada:

A ESF estudada está, portanto, regulamentada seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde para a implantação da Unidade Saúde da Família. Possui uma equipe mínima, com todos os trabalhadores cumprindo uma jornada de 8 horas/dia, com a tarefa de realizar um trabalho de prevenção de doenças, promoção de saúde, cura e reabilitação; seguindo os princípios de universalidade, equidade e integralidade, exercendo o cuidado em saúde em sua população adscrita.

O processo de escolha procedeu-se de forma intencional, devido a esta equipe Saúde da Família ser a equipe conhecida pela autora por trabalhar interdisciplinarmente com os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial, onde a mesma atua como enfermeira, então, esta equipe reuniu qualidades, que no momento foi de suma importância para um resultado positivo da pesquisa. E fazendo parte do meio a ser analisado ficou mais fácil a exploração do tema e da realidade empírica que, na pesquisa qualitativa, é própria do investigador.

Importante ressaltar que esta equipe foi citada pela maioria dos profissionais da rede pública como exemplo de trabalho interdisciplinar, somando-se a isto, foi equipe destaque no ano de 2007 pela Secretaria Municipal de Saúde pelo excelente desempenho nos resultados do Planejamento Estratégico, demonstrando comprometimento com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

4.5 ENTRADA NO CAMPO DE ESTUDO

4.5.1 Procedimento ético

O projeto-mãe denominado “Avaliação do Processo de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família”, ao qual este trabalho de pesquisa está vinculado, foi aprovado pelo Comitê de Ética da Univali.¹⁰

Foi solicitado também à Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação ESF do município de Torres-RS, autorização para minha entrada em campo na Unidade Saúde da Família escolhida para coleta de dados.

Os resultados obtidos serão devolvidos aos profissionais da ESF em reunião da equipe e a versão final será entregue à Secretaria Municipal de Saúde-Coordenação ESF para apreciação e avaliação.

Minha entrada no campo de pesquisa deu-se gradualmente, primeiro conversei com a Coordenadora da ESF sobre a possibilidade de realizar o estudo, no qual recebi apoio total. A mesma me indicou a equipe, que no caso aceitaria participar da pesquisa e também por ser equipe destaque da Secretaria Municipal de Saúde pelas atividades realizadas.

Após autorização da Coordenadora da ESF, realizei o primeiro contato com a ESF para apresentar o projeto. Então agendei com a enfermeira da equipe, uma visita à Unidade para expor a proposta da minha pesquisa.

Anteriormente à apresentação propriamente dita à equipe, conversei com a médica e enfermeira da Unidade, onde apresentei o projeto, deixando uma cópia para apreciação da equipe e sanei dúvidas e questionamentos delas em relação ao estudo.

O último contato, antes da entrada de campo, foi então, a apresentação do trabalho na reunião da equipe, neste dia mencionei novamente o objetivo da pesquisa, tempo provável de duração do pesquisador no campo, técnicas de pesquisa utilizadas (entrevista fechada e observação participante).

¹⁰ Projeto Aprovado pelo MCT-CNPQMS – SCTIE-DECIT número 232006

Em seguida foi pedido consentimento livre e esclarecido dos observados (APÊNDICE A), ou seja, dos profissionais que concordassem em participar do estudo.

Assegurei aos profissionais o sigilo das informações e o anonimato, bem como o direito de desistir durante qualquer etapa da investigação, através do Consentimento Livre e Esclarecido do Participante. Considerando que três profissionais não participaram da pesquisa.

A partir da relevância atribuída aos princípios éticos, anteriormente descritos, de grande importância para o desenvolvimento do estudo, foi garantido aos participantes:

- a) sigilo e anonimato;
- b) os sujeitos foram identificados por nomes de flores;
- c) respeito à privacidade;
- d) direito de acesso aos dados coletados, bem como esclarecimentos necessários;
- e) respeito aos valores morais e culturais de cada um dos sujeitos envolvidos no estudo;
- f) direito de desistir do estudo quando assim desejar.

4.6 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram 11 profissionais da ESF que aceitaram em participar da pesquisa.¹¹

4.7 O TRABALHO DE CAMPO

A coleta de dados deu-se através de duas técnicas de pesquisa: uma entrevista estruturada individual e a observação participante.

¹¹ Os sujeitos serão caracterizados no Capítulo 5.

O trabalho de campo foi realizado no período do dia 2 a 10 de janeiro de 2008, pelo período da manhã e tarde, de acordo com o horário de funcionamento da Unidade, que funcionava de segunda à sexta das 8:00 às 11:30 horas e das 13:00 às 17:30 horas, totalizando 72 horas de trabalho em campo.

4.7.1 Entrevista Estruturada

Para caracterizar os profissionais envolvidos, o questionário fechado (APÊNDICE B) foi um instrumento que me auxiliou na busca das informações necessárias, antes da minha entrada no campo. Através dele pude conhecer a trajetória profissional de cada um, bem como tempo de trabalho no SUS/ESF, para depois analisar se influencia ou não no trabalho em equipe. Outro fator importante do questionário foi poder descrever as atividades realizadas diariamente por cada um, no qual compilei os dados e formei um cronograma de ações da equipe. Este questionário foi aplicado em reunião de equipe, no dia em que apresentei o Projeto e solicitei autorização de todos para participarem da pesquisa. Estas características da equipe serão detalhadas no próximo capítulo.

Quando o pesquisador precisa caracterizar um grupo de acordo com seus traços gerais, o questionário fechado é um instrumento auxiliar na busca destas informações, podendo ser um meio do qual precisamos para obter as certezas que nos permitem avançar em nossas investigações (TRIVIÑOS, 1990).

4.7.2 A Observação Participante

A técnica de coleta de dados, para alcançar o objetivo deste estudo, foi através da observação participante, a qual me aproximou do cotidiano do trabalho em equipe dos profissionais da Unidade ESF.

Optou-se por esta técnica, pela possibilidade de descrever da melhor forma possível as práticas do trabalho de equipe, através da minha participação ativa neste processo, e tendo minha identidade revelada assim como o objetivo do estudo, teria acesso a um amplo campo de informações, como também poderia pedir colaboração dos mesmos quando surgisse alguma dúvida durante a investigação.

A observação participante deste estudo tem como finalidade realizar uma investigação científica, considerando a situação social, o cotidiano do trabalho em equipe, como um processo no qual o pesquisador ficará frente a frente com os observados, sendo parte do contexto, e ao participar das atividades “in loco” pode ao mesmo tempo acabar modificando ou ser modificado por este contexto (MINAYO, 2007).

Segundo Minayo (2007) durante todo o desenvolvimento da pesquisa, deve-se ser entendido como fenômeno social e historicamente condicionado: o objeto investigado, as pessoas concretas envolvidas na atividade, o pesquisador e seu sistema de representações teórico-ideológicas, as técnicas de pesquisa e todo o conjunto de relações interpessoais e de comunicação simbólica.

No dia em que iniciei a observação propriamente dita, tinha como objetivo conhecer a Unidade de Saúde, “tentar” me situar e conhecer um pouco melhor a dinâmica de trabalho deles, oportunidade que não tive nos contatos prévios.

No início os profissionais, com exceção da enfermeira e médica, ficaram um pouco desconfiados com minha presença, mas logo que me apresentei e expliquei o objetivo do trabalho, e o porquê da escolha desta equipe, percebi que eles motivaram-se, e agradeceram pelo reconhecimento. Acho que também facilitou meu entrosamento, foi eu ser profissional do CAPS/SMS de Torres, sendo que durante este processo de observação participativa, sempre me questionavam às condutas em Saúde Mental, não ficando inibidos com minha presença.

No entanto, pensei que este fato poderia me atrapalhar um pouco, mas depois percebi que foi um facilitador, pois ninguém se incomodava com minha presença nas ações da equipe, e sim como uma colaboradora no processo de trabalho. Durante este período, a cada dia de término da coleta de dados, já planejava o dia seguinte, e todos me indagavam, - “amanhã você vai comigo na Educação em saúde, né?-

Então tive que aprender a lidar com estas situações, explicando que estava ali para descrever as várias situações diversas de trabalho interdisciplinar,

procurando participar das atividades com todos os profissionais, e que todos teriam sua vez.

Sempre colocava-me a disposição para qualquer dúvida sobre o trabalho e coleta de dados, durante minha permanência na Unidade.

Após reconhecer a área e a equipe, procurei interar-me do cronograma das atividades, neste momento percebi que minhas observações deveriam ser durante todo o turno de atendimento, pois cada dia eles têm atividades diferentes, possibilitando-me uma visão ampliada deste processo, enfim da rotina da equipe.

Desta forma, iniciei a observação, aplicando atentamente os sentidos a um objeto (trabalho em equipe) para adquirir um conhecimento claro e preciso, para isso foi necessárias certas regras – atenção, exatidão, precisão, sucessivas observações (CERVO; BERVIAN, 2002).

No final do dia as observações eram registradas no diário de campo, seguindo um roteiro (ANEXO A) criado pelo autor Bogdan (1991) e revisado por Saupe (2005). Neste diário de campo eu anotava todas as observações, registros e reflexões das expressões verbais e não verbais e ações dos profissionais.

Embora tendo um bom preparo e entrosamento com a equipe, no primeiro dia fiquei muito insegura, não sabia o que observar, o que eu devia registrar, com medo de fugir do meu foco, eram muitas atividades acontecendo ao mesmo tempo, e eu não queria perder nada de vista.

Mas no decorrer do dia, fui me tranquilizando, sabia que teria muitas oportunidades de observação durante a coleta de dados, e que com o planejamento em mãos ficaria mais fácil, mesmo havendo as intercorrências.

Outro fator que me chamou a atenção foi não conseguir ficar apenas como uma expectadora das atividades, não conseguia observar tais ações sem questionar, ou perguntar e até mesmo opinar sobre algum fato que me era solicitado. Isto acontecia naturalmente, procurei não modificar e interferir a rotina da equipe, mesmo sabendo que isto era impossível.

No primeiro dia tudo que eles faziam, eles olhavam pra mim e explicavam o porquê, fiquei preocupada inicialmente em atrapalhar o trabalho da equipe, mas depois percebi que fazia parte da rotina da equipe, o diálogo durante todo o processo de trabalho. Também acho que foi por ser meu primeiro dia, não conhecia ainda a rotina da equipe, por que nos outros dias, quase não houveram explicações espontâneas, e sim trocas de informações, acho que num determinado momento esqueceram que eu estava ali “observando”.

Passado o tempo pré-determinado para coletar os dados, encerrei por exaustão das informações. Consegui observar todos os profissionais da equipe durante a coleta de dados, o que facilitou a descrição das ações interdisciplinares.

Após esta fase, procurei refletir sobre os fatos observados e registrados, sintetizar o total das observações em seqüência lógica e descrevê-las de forma a obter uma construção do trabalho em equipe, podendo relatá-las honestamente da melhor forma possível.

Esta metodologia escolhida para coletar os dados, exigiu muita dedicação, envolvimento, paciência, interesse em aprender com o outro, respeito, saber ouvir e não ter pressa em ver resultados sobre a realidade em foco. O fato de eu enquanto pesquisadora poder interferir profissionalmente, sempre que uma situação exigiu minha atuação, é vantajoso neste método, pois permitiu uma melhor aproximação com a equipe.

Portanto a técnica da observação participativa foi muito útil para descrever o trabalho da equipe no cotidiano, pois foi vivenciada pela pesquisadora, possibilitou-me apreender sentimentos, percepções e vivências de profissionais durante seu trabalho experimentando situações diversas e concretas. Favoreceu, no entanto, meu crescimento profissional, possibilitou-me trocas de experiência com os profissionais envolvidos, além da descrição vivenciada por mim desta construção do trabalho em equipe interdisciplinar.

5 A CONSTRUÇÃO DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Este capítulo tem como propósito descrever a partir das observações realizadas, como os profissionais da equipe constroem o trabalho em equipe interdisciplinar, buscando identificar as facilidades e as dificuldades encontradas no processo de trabalho.

Podemos dizer hoje, que a transformação do modelo de atenção à saúde, nos moldes da equipe centrada, é um processo em curso sem volta no Brasil, apesar de todos os problemas enfrentados para sua efetivação. Sendo os primeiros desafios a serem superados nesta nova ótica de trabalho em equipe são o rompimento com o paradigma do modelo biomédico e com a visão reducionista da concepção saúde e doença. Ruptura esta que nos impõe a multiplicidade de olhares, que nos impõe a prática interdisciplinar.

Os documentos oficiais do Ministério da Saúde em relação à ESF consideram a equipe multiprofissional como um dos elementos chave para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar. Mas esta prática só existirá se os profissionais que atuam na Unidade Saúde da Família, a partir de um conceito ampliado do processo saúde-doença, incorporar novas competências, entre elas, interagir com os demais profissionais através de situações-problemas, possibilitando uma atuação em saúde mais contextualizada e resolutiva.

Parto do princípio de que a interdisciplinaridade é uma prática dinâmica e processual. Diante da complexidade que envolve as questões de saúde, os profissionais muitas vezes se deparam com situações-problemas em que o trabalho disciplinar específico não dá conta de resolvê-lo, havendo necessidade da participação e contribuições de outros profissionais para a construção de um projeto assistencial em comum.

A partir das observações realizadas “in loco”, pude constatar que existem fatores que facilitam a ação interdisciplinar, assim como situações que dificultam esta prática, no qual serão apresentados em subcapítulos abaixo.

Então neste primeiro momento, será descrito alguns métodos e ferramentas utilizados por esta equipe para a construção de novas práticas, entre elas a incorporação de uma relação dialógica no interior da Unidade Saúde da Família.

Mas antes desta descrição, considero necessário descrever os profissionais que participaram da pesquisa, considerando esta caracterização importante, uma vez que o perfil profissional está associado com o projeto de transformação das ações em saúde, sendo compromisso do profissional adotar uma visão dialética permitindo transformar a si mesmo à medida que transforma sua prática.

A seguir, quadro com a descrição dos profissionais envolvidos na pesquisa.

5.1 DESCREVENDO OS PROFISSIONAIS DA ESF SÃO BRAZ

Quadro 1 – Características dos profissionais, quanto à idade, sexo, profissão, grau de instrução máximo, tempo de experiência de trabalho na ESF e codificação adotada, 2009.

Idade	Sexo	Profissão	Grau de Instrução máximo	Tempo de Trabalho SUS	Codificação
29	Feminino	ACS	2º grau completo	8 anos	ACS1
29	Feminino	ACS	2º grau completo	8 anos	ACS2
33	Feminino	ACS	2º grau completo	4 anos 10 meses	ACS3
21	Feminino	ACS	2º grau completo	4 meses	ACS4
23	Feminino	ACS	2º grau completo	1 ano 8 meses	ACS5
45	Feminino	ACS	3º grau completo	8 anos	ACS6
19	Feminino	Recepcionista	2º grau completo	6 meses	REC
24	Feminino	Aux. Enf.	2º grau completo	1 ano 6 meses	AE1
39	Feminino	Aux. Enf.	2º grau completo	3 anos	AE2
42	Feminino	Enfermeira	3º grau completo	6 anos	ENF
39	Feminino	Médica	Residência em Saúde Comunitária	10 anos	MED

Para realizar as descrições do trabalho em equipe, utilizei uma convenção para melhor entendimento na apresentação dos diálogos dos profissionais e estes com os usuários e das situações observadas durante a coleta de dados. Então optei por caracterizar em bloco, letra itálica, entre aspas e entre parênteses a categoria do profissional, todas as falas dos profissionais observados.

Já as observações realizadas pelo autor foram apresentadas em bloco, com recuo, identificadas no final como diário de campo (DC).

Os profissionais que participaram da pesquisa serão identificados no texto pelos seguintes códigos: Agente Comunitária de Saúde (ACS1, ACS2, ACS3, ACS4, ACS5, ACS6), recepcionista (REC), auxiliares de enfermagem (AE1, AE2), enfermeira (ENF) e médica (MED).

5.2 FACILIDADES ENCONTRADAS NO PROCESSO DE TRABALHO DA ESF QUE POTENCIALIZAM A CONSTRUÇÃO DA PRÁTICA INTERDISCIPLINAR

5.2.1 Descrevendo a organização do trabalho voltada para a coordenação do cuidado

A organização do processo de trabalho da equipe estudada está centrada nas necessidades do usuário/família da área adscrita, os profissionais buscam a valorização dos diversos saberes para resolução dos problemas encontrados, através da comunicação dentro da equipe.

Então esta organização do trabalho pode ser entendida a partir da inversão tecnológica na produção da saúde, no qual devemos incorporar dispositivos que propiciam tais mudanças no processo de trabalho. Sendo eles: (FRANCO; MERHY, 2007).

- a) incorporação de múltiplos saberes na produção de saúde (através das relações intercessoras entre os profissionais);
- b) processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras;
- c) ambiente organizacional favorável a mudanças no plano micropolítico;
- d) ambiente Institucional favorável a mudanças, significando adesão dos atores sociais tornando viável o novo modelo assistencial, através do controle de recursos estratégicos.

Este conceito de organização visa englobar os aspectos de normas preestabelecidas para o processo de trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde (Portaria MS nº648/06), então é essencial descrever quais as tecnologias usadas neste processo de trabalho e quais são necessárias para responder ao

problema de saúde do usuário, as relações entre os profissionais/usuários, a divisão do trabalho, a presença do trabalho vivo e por fim a presença do profissional no modo de produzir o trabalho em saúde.

O conhecimento de como se dispõe a organização do trabalho, nos permite ver como os serviços de saúde e profissionais estão buscando a efetiva concretização do Sistema Único de Saúde, com base em suas diretrizes, destacando aqui a integralidade das ações.

Concordo com Starfield (2002) quando propõe que a Atenção Primária realize atividades de coordenação, no sentido de sermos responsáveis pelo cuidado de um usuário através da elaboração dos projetos terapêuticos. Então o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver um problema de saúde chamamos de Projeto Terapêutico (FRANCO, 2007).

Quando um usuário busca uma resolução para um determinado problema de saúde na Unidade Saúde da Família, ele é avaliado por um ou mais profissionais da equipe, estes compartilham saberes através de práticas comunicativas e traçam um conjunto de atos assistenciais que deverão ser encaminhados com o objetivo de resolver da melhor forma possível seu problema de saúde.

Então encontro como desafio, o manejo continuado de um encaminhamento à rede de atenção secundária e/ou terciária e vice-versa. Esta coordenação exige um diálogo continuado entre os serviços de referência visando otimizar e solucionar da melhor forma possível uma situação-problema detectada. Esta atenção compartilhada é um meio de melhorar o fluxo de informações da APS com outros serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Assim, a prática interdisciplinar, aparece nesta transição como um recurso para inverter o atual modelo hegemônico de assistência à saúde, que está centrada nas tecnologias duras e leves-duras, para uma assistência com hegemonia das tecnologias leves através do trabalho em equipe (FRANCO, 2003).

5.2.2 Perfil e atitude

À medida que o profissional concebe a complexidade do processo saúde/doença, acaba buscando uma interação dialógica com outros profissionais. Dito de outra forma, todas as nossas ações são guiadas pela forma como percebemos o mundo, durante uma situação qualquer, considerando a integralidade como um saber-fazer-ético no campo do trabalho interdisciplinar, buscamos outros modos de compreender essa realidade (GOMES, 2007, p. 27).

Portanto a interação comunicativa entre os profissionais é essencial, desde que todos os coletivos de pensamento sejam valorizados e respeitados, através da socialização e discussão da situação-problema, assumindo uma responsabilidade coletiva pelas ações da equipe, a partir da troca dos conhecimentos e olhares diversos.

Este fato foi constatado por tal observação, a seguir:

[...] na chegada dos profissionais na Unidade de Saúde, os mesmos se reúnem na cozinha para breve café, antes do início das atividades, neste momento MED, ENF e AE2 iniciam diálogo sobre uma adolescente diabética que não adere ao tratamento medicamentoso, MED percebeu na avaliação clínica individual, reafirmado pelos registros da auxiliar de enfermagem dos resultados de glicemia alterados da paciente, trazendo o caso para a ENF que reforçou a mesma suspeita e preocupação. ENF informa que ultimamente a paciente não tem vindo buscar medicação e não tem participado dos grupos de orientação, como profissional do CAPS, as mesmas me indagaram sobre a possibilidade da psicóloga discutir com a equipe em reunião de como sensibilizar esta paciente sobre a importância do tratamento. A ACS6 relatou também que há um conflito familiar devido a religião da família (pais e filhos) e pela menina estar namorando, apresentam também dificuldade de compreensão da doença[...] (DC).

Apesar de ser um momento informal, a equipe soube aproveitar esta informalidade no processo de trabalho, isso não quer dizer que é um local sem regras, sem limites, mas sim um lugar onde se faz possível a construção da interdisciplinaridade pelo trabalho vivo em ato.

Ao permitir que estas questões sejam levantadas em momentos “extra oficiais” os profissionais já assumiram seus papéis de co-responsáveis no processo de trabalho da equipe, informações estas compartilhadas e socializadas, possibilitam contextualizar determinado problema e auxiliam na elaboração dos Planos Terapêuticos.

Esta informalidade deixou o ACS6 e AE2 mais a vontade para discussão e participação do Plano terapêutico, através do seu conhecimento, trazendo outros determinantes do processo saúde e doença, percebendo que não tem fórmula pronta para o caso, reafirmando a necessidade de diálogo entre eles para resolução dos problemas apresentados. Quando todos se dão conta que todos podem contribuir com seu conhecimento em determinadas situações, estão assumindo uma responsabilidade coletiva, entendendo que quanto mais olhares sobre determinado caso, maiores as possibilidades de resolução.

A prática interdisciplinar só pode ser efetivado através da concepção ampliada do processo saúde-doença, uma vez demarcada a integralidade da atenção em saúde como ponto de vista teórico que norteia o trabalho da ESF, conseguiremos superar os especialismos existentes no nosso dia a dia e construiremos Planos Terapêuticos que contemplem os diversos coletivos de pensamento.

Dentro desta linha teórica, a equipe estudada adotou o Acolhimento como espaço de construção no cuidado da saúde.

[...] ao chegar à Unidade observei que a REC é o primeiro contato com os usuários, ela os recebe, faz a escuta de qualquer usuário que procure a Unidade, independente de agendamento prévio, após escuta, realiza a ficha de atendimento e pede para que o mesmo aguarde ser chamado

pela AE, enquanto isso a MED está no consultório realizando as consultas, a AE1 verificava a pressão arterial de uma paciente, AE2 junto com a ENF se preparavam para realizar visita domiciliar com a ACS4[...] Durante este turno, notei que em algum momento da execução do seu trabalho, a profissional busca compartilhar determinada situação enfrentada na sua atividade com os demais membros da equipe para trocar informações, visando, principalmente contextualizar e ampliar possibilidades no Plano Terapêutico (DC).

Em um dado momento a MED sai do consultório e procura a ENF para esclarecer dúvidas sobre a notificação de DST, refere ser um adolescente de 16 anos, diz que vai prescrever medicação, mas solicitou a ENF que orientasse o menino quantos aos cuidados etc..[...]retornando ao consultório. A ENF procura saber com a AE2 a respeito da família do menino e se o mesmo tem parceira fixa, a AE2 diz que já tinha orientado ele quanto às doenças sexualmente transmissíveis e preservativas, até pediu para a ACS4 entregar preservativo na visita domiciliar, já que o mesmo tem vergonha de pegar na Unidade [...] as duas questionam a ACS4 ela fala que o menino tem namorada, mas os pais da namorada não sabem do namoro, a ENF então solicita que a mesma faça busca ativa da tal namorada (DC).

Nesta situação o objeto fronteiro que propiciou o diálogo e interação entre as profissionais, foi o menino com DST, cada profissional com seu olhar estilizado contribuiu no processo de cuidado à saúde. No cotidiano da equipe, a cooperação/co-atividade são elementos centrais nas tomadas de decisões, sendo necessário convergir diferentes conhecimentos para uma produção do cuidado (LOUZADA, 2007).

Esta articulação acontece todo momento, basta algum membro da equipe identificar um objeto fronteiro para que tal ação aconteça. Neste caso, as agentes são as que menos participam, devido às mesmas não comparecerem na Unidade todos os dias, e quando vão, é para buscar orientações com a MED ou ENF para o encaminhamento das diversas situações encontradas na microárea. A MED e ENF estão constantemente trocando sempre que possíveis informações com as ACSs, principalmente na busca de outros conhecimentos acerca da situação-problema, buscando cooperação técnica, visando compartilhar os saberes e participar do plano de cuidados (DC).

Apresento na observação a seguir outra situação interdisciplinar durante o turno de trabalho.

A MED ao atender um paciente que apresentava uma ferida contaminada na perna, prescreve uma medicação injetável, acompanha o paciente até o ambulatório explicando para a AE2 sua conduta e fornece orientações ao paciente, neste momento pergunta à AE2 se ela acha viável ele fazer o curativo em casa e fornecer o material, visto que o paciente referiu dificuldade de deambular até a Unidade todos os dias, para tal procedimento ela fala que pode, mas antes vai orientá-lo e solicita que pelo menos ele venha a cada dois dias para ela avaliar, o mesmo aceita (DC).

Este diálogo se torna viável, à medida que a equipe adota como estratégia, o diálogo entre eles, só é possível construir um plano terapêutico a partir da realidade e necessidade do usuário. As situações de trabalho são dinâmicas, é na enorme distância entre o trabalho prescrito e o efetivamente realizado que os trabalhadores constroem, de forma coletiva, estratégias para dar conta da situação concreta, do

trabalho em ato, daquilo que não pode ser traduzido em regras, que escapa a qualquer tentativa de norma ou rotina pré-determinada (BONALDI, 2007).

Ainda na mesma linha de trabalho interdisciplinar, outro diálogo entre AE1 e ENF.

[...] na sala de vacina, a AE1 recebe uma mãe com seu bebê de 4 meses, [...]referiu dor na cicatriz da incisão da cesárea e dúvidas quanto à alimentação do bebê, já que não está mais amamentando[...] a AE1 aplica a vacina e orienta quanto às reações e aproveita para falar um pouco da alimentação do bebê[...]na dúvida chama a ENF para avaliar esta mãe[...] a ENF conversa com esta mãe quanto às suas dúvidas e sentimentos ao primeiro filho, se ela já fez revisão puerperal com seu obstetra, e se está usando algum anticoncepcional, a paciente disse que não teve tempo ainda para cuidar de sua saúde, refere estar sendo difícil fazer tudo sozinha em casa, sem ajuda de ninguém, todos os familiares moram longe e não confia em deixar meu filho com outra pessoa[...] após a escuta, ENF avalia situação referida e realiza orientações de acordo com as possibilidades desta mãe, agenda uma consulta médica na Unidade de Saúde, não vê a necessidade de urgência, mais de acompanhamento e orientações[...], ENF e AE1 ficam de passar o caso para a ACS6 para saberem mais sobre as condições da família (DC).

A comunicação entre os profissionais proporciona um permanente exercício de reflexão sobre os problemas que incidem em uma dada realidade, visando prever situações e alternativas, antecipando possibilidades de decisão e preparando estratégias para uma atenção em saúde integral.

Esta noção de responsabilização da equipe seria um processo de busca para solução das necessidades de saúde do usuário, ultrapassando os limites da clínica biologicista, no qual se procura estabelecer um cuidado integral à saúde coletiva e individual (CAMPOS, 1994).

5.2.3 Referência e contra referência através da detecção de situação-problema

A AE1 após uma visita domiciliar, chega à Unidade e procura pela MED ou ENF, ao encontrar a MED no corredor, informa que foi na casa da Fulana X. para ver como ela estava e verificou que a mesma ainda está com muita dor, o braço continua edemaciado, calor e rubor. Esta senhora consultou 3 dias atrás com a MED, a ENF houve a situação e opina que seria melhor encaminhá-la para o Hospital, já era para ter melhorado com a medicação prescrita. A médica diz que não tem certeza do diagnóstico e resolve ligar para o Hospital e compartilhar o caso com o médico plantonista. A MED liga e fala por telefone o caso desta senhora e a evolução até o momento, após alguns minutos de conversa, ela disse que o médico plantonista gostaria de avaliá-la e ela concorda, então a MED realiza o encaminhamento da paciente para ser reavaliada a nível hospitalar e fazer os exames necessários. A MED pediu para que o mesmo após condução faça a contra referência da paciente por escrito ou telefone e que informe à equipe caso ela fique internada, como é sexta-feira não terão como acompanhar a paciente (DC).

Fiquei interessada em ver como se estabelece esta relação da ESF e Hospital, e acabei indagando a MED, esta falou que sempre procurou manter um bom relacionamento com os médicos plantonistas, diz ser importante para agilidade de alguns casos detectados que foge do escopo ambulatorial, em muitos casos ter a opinião de outro colega contribui positivamente no tratamento, além de servir como aprendizado. Já percebeu também que quando ela mesma ou alguém da

equipe estabelece um contato prévio, a receptividade é maior com o paciente encaminhado, então a equipe adotou que todos os encaminhamentos da Unidade de Saúde ao Pronto Atendimento do Hospital feito por elas, deve haver sempre que possível esta comunicação (DC).

Na descrição acima, vemos um exemplo de coordenação do cuidado, visando a continuidade da atenção através de um mecanismo que deixe os profissionais co-responsáveis pelo caso, de forma que o diálogo e a inter-relação profissional se tornam essenciais através do reconhecimento da situação-problema (STARFIELD, 2002).

Há dois anos esta equipe trabalha em conjunto, percebo a afinidade entre os membros da equipe, o trabalho é dinâmico, mesmo cada profissional atuando individualmente em determinadas situações, como por exemplo, em uma consulta médica, vislumbro uma pactuação entre eles, tudo que foge à especificidade da profissional, há uma necessidade de compartilhar com alguém, no sentido de ser mais efetivo.

Sendo assim, a construção de práticas terapêuticas que contemplem este olhar diferenciado deve abarcar uma estrutura de serviço que não esteja centrada em um único profissional, mas que seja constituída por profissionais que estejam dispostos a exercer a difícil prática do repensar suas próprias ações.

Observei que o trabalho em equipe se coloca como algo sinuoso. Por ser algo complexo, necessita do compartilhamento dos diversos saberes, o estar disponível a ouvir e trocar é um espaço galgado de forma gradual, mas à medida que se obtém resultados satisfatórios, esta construção dialética se legitima.

Segundo Bonaldi (2007) cada profissional é responsável por todas as ações da equipe. A sintonia do trabalho em saúde, ao harmonizar as diferentes práticas, ao produzir o sentimento de pertencimento à equipe e de comprometimento com o outro, ressalta essa dimensão política, a da responsabilidade por todas as ações.

5.2.4 Formas comunicativas não verbais: Prontuário Familiar, mural e pasta de recados

Outros recursos observados que auxiliam na construção da prática interdisciplinar são o prontuário família, mural da equipe e pasta de recados, denominados por mim, de comunicação não verbal.

A comunicação não verbal inclui expressão facial, movimentos corporais, gestos e mensagens escritas, sendo todos os profissionais sensíveis às mensagens não verbais.

Chitty apud Marquis (2005, p.260)

Define comunicação como a troca complexa de pensamentos, idéias e informações em, pelo menos, dois níveis: verbal e não verbal. Ademais discute-se a atitude assertiva, o comportamento não verbal e o escutar ativo como fatores de comunicação interpessoal.

Os registros através de anotações têm sua importância enquanto instrumento de trabalho. No trabalho em saúde, principalmente quando se trata de trabalho em equipe, as anotações permitem que todos os profissionais tenham acesso à história de vida, necessidades, intervenções passadas e as futuras, dificuldades enfrentadas por essa família, para que possam intervir com mais eficácia. Quando se tem um prontuário familiar que abrange todos os aspectos relacionados com o processo saúde-doença, não deixa de ser uma forma de comunicação, pois ali está registrados toda a percepção do colega em relação à determinada situação.

A seguir exponho uma situação em que comprova a importância do registro como forma de comunicação.

No cotidiano da equipe observei uma situação em que a ENF ao realizar o exame papanicolau de uma paciente, foi proceder às anotações e verificou que a AE2 havia evoluído que a paciente teve uma crise hipertensiva associada ao stress que está passando com o marido, o mesmo está ingerido quantidade abusiva de álcool nos últimos tempos, desde que perdeu o emprego, e em algumas vezes chegou a agredi-la.

Nesta hora a ENF associa os hematomas no corpo da paciente observados durante a consulta, podendo ser das agressões do marido e não de uma queda como ela tinha dito, tenta novamente abordar o assunto, mas percebe que a paciente prefere não falar, a mesma respeita sua resistência e procede às orientações. No final dos atendimentos a ENF procura a AE2 e relata o caso, pergunta como ela descobriu tal situação que está registrada no prontuário, AE2 diz ter um bom vínculo com a paciente e que naquele dia ela desabafou e pediu ajuda. A AE2 acha melhor chamar o marido e tentar sensibilizá-lo para o tratamento, visto que ele só é agressivo quando bebe, e ao mesmo tempo fala que vai realizar uma visita domiciliar com a ACS4 para ver a possibilidade de ajudá-la de outra forma. ENF pede para que a AE2 leve o caso para discussão em equipe, pois acha complexa e difícil de resolver esta situação, e que não podem ignorar esta situação (DC).

Como podemos observar, um registro no prontuário pode desencadear uma ação interdisciplinar na equipe, à medida que a ENF identifica uma situação-problema, vê a possibilidade de compartilhar com outros profissionais, pois considera o fato complexo, solicitando outros olhares, que ferramentas de trabalho utilizar neste caso? Entendo que este problema exige de uma equipe conhecimento e criatividade de intervenção indicando possibilidades que articulam os saberes dos profissionais, que em conjunto devem agir produzindo o cuidado.

O trabalho interdisciplinar caracteriza-se pelo fato de que cada profissional da equipe tem suas responsabilidades individuais e ao mesmo tempo é co-responsável pelo conjunto das intervenções realizadas pela equipe, e ela responde pela obtenção de resultados esperados frente às necessidades de saúde de cada usuário, família e comunidade (PEDUZZI, 2000). Na ESF São Braz, esta ação acontece de forma que o coletivo de pensamento de cada categoria profissional interaja na maioria do tempo durante a execução do trabalho.

A equipe também elaborou pastas de recados, cada profissional tem sua pasta e ali eles colocam recados uns para os outros, a ENF explicou que tem dias que não dá tempo de conversarem, é muito corrido, muitas atividades são realizadas fora da Unidade, então, a pasta de recados serve para auxiliar na comunicação. Todo início do turno de trabalho, todos já conferem seus recados, facilitando a continuidade das ações.

O cronograma elaborado pela equipe está fixado no mural da Unidade, ali estão descritas todas as atividades da equipe. É uma forma de comunicação, pois permite que os profissionais visualizem todas as ações desenvolvidas, locais, horários, agendamento do carro, profissional envolvido. Ao mesmo tempo compartilham com os usuários toda a programação.

Estas foram às formas encontradas pelos profissionais para melhor desempenharem suas funções, à medida que adotam práticas comunicativas, os mesmos agilizam suas atividades e não interferem na execução e continuidade das atividades, pois a equipe compartilha dessa pactuação por perceberem da efetividade que ela proporciona.

5.3 DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PROFISSIONAIS NA CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES E A CAPACIDADE DE SUPERAÇÃO DA EQUIPE

Neste subcapítulo descrevo os obstáculos que os profissionais enfrentam para o trabalho em equipe interdisciplinar no processo de trabalho.

Repensar a impotência como uma característica situacional que pode ser atravessada por distintos processos instituintes, e mesmo agenciada torna-se uma ousadia (MERHY; ONOCKO, 2007). Proponho-me a descrever situações/categorias observadas durante a coleta de dados que interferem negativamente na construção da interdisciplinaridade, e como a equipe busca superar esses entraves.

5.3.1 Precarização do trabalho

Importante ressaltar que somente os profissionais contratados consideram-se profissionais da ESF, e somente estes participam do planejamento das ações em saúde, reuniões ou confraternização da equipe na Unidade de Saúde, os profissionais concursados apenas executam seus trabalhos assistenciais individualmente.

[...] “este profissional chega na Unidade só para atender, entra no consultório e só sai quando termina, em nenhum momento quis participar das reuniões da equipe, então já que não participa do planejamento, não interage com nós, não o consideramos membro da equipe” (ACS1).

Este fato se confirma, pela fala do ACS1, quando indaguei a ausência de um profissional na reunião de equipe, apesar de já ter percebido a ausência do nome do profissional nas atividades da equipe e no mural com aniversários dos profissionais. Este profissional acaba atuando de forma isolada e assistencialista, em detrimento às outras ações de saúde, o que não vai ao encontro com as diretrizes que norteiam a ESF, então, acaba o mesmo se isolando em seu núcleo de competência.

Também pude associar o fato de que os profissionais concursados são os que concebem o processo saúde doença reduzido e pautado nas ações curativas, porque embora estes profissionais não participem das atividades da equipe, os mesmos não realizam ações de promoção e prevenção, ficando claro um trabalho isolado, dentro do seu núcleo de competência, condizente com o modelo biomédico.

Peduzzi (1998) relata que uma das limitações para a atuação na esfera da interação, entendida como uma prática comunicativa está pautada no modelo biomédico dos profissionais, resultando em fragmentação do saber e visão reducionista.

Analisando a dinâmica de trabalho nesta equipe pude constatar que as práticas interdisciplinares partem de uma situação-problema em comum para haver interação, e esta dependerá do profissional em reconhecê-las em que sua

especificidade não dá conta, buscando compartilhar com outros profissionais, na busca de soluções e resolubilidade para o problema enfrentado.

Esta ação também demanda da natureza do caso e da capacidade de resolução do profissional, isso quer dizer que nem sempre todos os profissionais da equipe vão estar envolvidos neste processo, claro que quanto mais olhares determinada situação houver, mais qualificada e eficaz vai ser esta ação.

5.3.2 Estrutura física inadequada

A Unidade de Saúde foi inaugurada há 12 anos, e há nove anos funciona como Unidade Saúde da Família, desde sua abertura nunca foi reformada ou ampliada. Possui uma área física limitada para todas as atividades realizadas, uma sala de recepção, um consultório, uma sala de imunização, um consultório odontológico, um ambulatório de enfermagem, uma cozinha pequena, 2 banheiros, um almoxarifado e uma despensa.

A pintura já está descascando tanto interna como externamente, os móveis são enferrujados e antigos. Percebi a falta de espaço para guardar materiais de apoio. O espaço físico é pequeno para realizar todas as atividades, não tem sala para reunião de equipe, grupos e nem consultório de enfermagem. A única sala que poderia ser para consultas de enfermagem, funciona como área administrativa, farmácia e almoxarifado, este espaço é utilizado por todos, pois lá ficam os materiais de enfermagem, medicamentos, relatórios da equipe, computador, livros, manuais e pertences individuais de cada profissional, então fica inviável utilizá-la, pois todos têm acesso. Segundo as auxiliares de enfermagem, antes da implantação da ESF, só trabalhavam nesta Unidade, médicos e auxiliares de enfermagem com enfoque na assistência curativa, sendo o espaço físico atual suficiente.

Esta realidade é citada por Mendes (2002) quando diz que as Unidades Saúde da Família recebem um incentivo de implantação do Ministério da Saúde que não permite criar e operar uma infra-estrutura adequada, sendo que estas Unidades não tiveram, ainda, uma expressão arquitetônica adequada de seus processos de trabalho.

Apesar do espaço físico da Unidade não oferecer condições adequadas de trabalho, a equipe adotou uma estratégia de organização, para que ninguém ficasse prejudicado em suas atividades.

Como a enfermeira não tem consultório, esta se reveza com a médica, para os atendimentos individuais, então no turno em que a médica sai para fazer visitas domiciliares ou realizar Grupos de Educação em Saúde na comunidade, a enfermeira realiza consulta de enfermagem, revezando-se em atividades internas e externas.

Para chegar a este acordo, a MED falou [...] “atuamos como parceiras, ninguém sai prejudicado, todos ganham com esta pactuação, ela tem as consultas de enfermagem para fazer, eu tenho grupos, a questão depende da organização interna da equipe e o sentimento de trabalho em equipe, então não ter sala para enfermeira, sala para reunião e grupos é problema de todos, ela não vai deixar de fazer preventivo porque não tem sala, o consultório aqui é da Unidade de Saúde e não meu.” A ENF reforça falando [...] “se encararmos tudo com dificuldade é muito desgastante, já temos uma complexidade imensa sob nossa responsabilidade que é cuidar da saúde da nossa comunidade, então não é por falta de salas que vamos deixar de fazer aquilo que nos compete, você já participou em reunião de equipe na sala de vacina, a gente sabe que não é o lugar adequado, mas é a única sala que cabem todos da equipe, já pedimos ampliação para o Secretário da Saúde, mas enquanto não se resolve, trabalhamos com o que temos, o importante é que a reunião acontece.”

Nesse encontro de necessidades, podemos dizer que a equipe identifica e elabora ações em conjunto para enfrentamento dos problemas que incidem quanto à estrutura física da Unidade, visando prever situações e criando alternativas e estratégias de superação.

Aqui a prática interdisciplinar possibilitou que os profissionais de saúde, encarassem esta problemática com criatividade e responsabilidade, no sentido de buscar soluções que minimizem os prejuízos da assistência aos usuários. Isto me proporcionou observar como os profissionais desta equipe organizam as atividades frente a uma dificuldade e como tais decisões são pautadas num compromisso ético e responsável de acordo com as premissas da ESF apesar dos entraves existentes.

A ausência de espaço físico para realizar grupos na Unidade também foi resolvida com a utilização dos salões comunitários das microáreas, como já descrito no capítulo 5.

As agentes comunitárias de saúde quando vão à Unidade de Saúde, não têm um espaço próprio para ficar, acabam instalando-se na cozinha, mas o lado interessante, é que neste local, aparecem ações interdisciplinares já descritas anteriormente. Este fato fez com que eu percebesse as ACSs mais a vontade para falar, talvez por ser um momento informal, não se sentem julgadas, e sim como colaboradoras do processo.

[...] a AE1 ao entrar na cozinha é comunicada pela ACS1:[...] “o curativo que tu fez na perna da Fulana X., está com cheiro ruim e demorando pra cicatrizar, passei aqui para te avisar”. [...] “se está assim pede pra ela vir aqui pra eu avaliar novamente, mas tu reforçou pra ela lavar com água e sabão como eu havia orientado?” (AE1). “Sim falei, mas tu sabe ela quer uma pomada pra passar ali.” [...](ACS1)

Esta dificuldade é encarada pela equipe como desafio na elaboração das ações, entendem que o processo de efetivação das premissas da ESF é algo a ser construído conforme realidade de cada local. Mas para isso, os profissionais devem articular as ações em saúde, promover diálogos dentro da equipe, para encarar com criatividade e competência este novo fazer, pois são muitos obstáculos encontrados no meio do caminho para mudar este paradigma biomédico. Um local não apropriado pode proporcionar uma integração entre as profissionais através do diálogo de casos concretos. A mediada que eles superam as dificuldades e relação

à falta de espaço, não se intimidam em falar em locais informais, tornando esse ambiente um facilitador de comunicação e interação, transformando a dificuldade em um potencial para tal prática.

5.3.3 Dificuldade de acesso dos usuários à Unidade Saúde da Família

Outro ponto negativo seria a ampla extensão do território geográfico da área, as localidades (microáreas da área adscrita) ficam isoladas e distantes da Unidade de Saúde, dificultando o acesso da população, reforçada pela inflexibilidade dos horários de ônibus. Apesar da equipe adotar estratégias para esta realidade através do deslocamento dos profissionais às microáreas, estas atividades realizadas fora da Unidade de Saúde, fazem com que os profissionais percam muito tempo em deslocamento. São cinco microáreas distantes uma das outras para realizar visita domiciliar e Educação em Saúde, sendo sempre pauta da reunião de equipe a discussão e reorganização do cronograma das ações fora da Unidade, com vistas à qualidade do cuidado prestado.

Visando superar a dificuldade de locomoção da equipe, não se trabalha sem o planejamento das atividades, este planejamento é organizado de acordo a otimizar o tempo disponível e recursos humanos com as necessidades da população de cada microárea. Então se na microárea de Águas Claras não tem gestantes, não se faz grupo específico nessa área, ou se tem muito pouco, agenda-se as consultas de todas gestantes no mesmo dia, para antes ou depois da consulta de Pré Natal realizar o Grupo no salão comunitário atrás da Unidade de Saúde. A equipe demonstra ter habilidades para organizar o tempo disponível da carga horária em todas as atividades, incluindo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, conforme as necessidades detectadas.

[...] “amanhã vou fazer Grupo de Hipertensos na comunidade mais distante do São Braz, então já aproveito e faço visitas domiciliares com a ACS4 e AE2, temos que aproveitar já que estamos lá.”[...]. (MED) “não podemos esquecer-nos de visitar a Fulana (paciente que infartou) para ver como ela está depois

da alta hospitalar.” (AE2) “eu não tinha avisado antes porque ela recebeu alta ontem, mas acho importante visitá-la, pelo menos para verificar como ela está se sentindo e orientá-la também, vocês tem que me passar as questões que devo observar e orientações que posso fazer para ajudar no cuidado.” (ACS4)

Aqui a territorialidade proposta pela ESF não apresenta impedimentos para atividades realizadas fora da Unidade de Saúde, a equipe dispõe de veículo próprio para se locomoverem na área de atuação. A visita domiciliar aparece como possibilidade da Agente comunitária de saúde se sentir segura frente sua atividade de orientação e identificação da necessidade de avaliação do usuário pela equipe, assim como permite a criação de espaços que possibilita aos profissionais o diálogo, o apoio mútuo e o fortalecimento do trabalho coletivo.

Percebo que a equipe enfrenta problemas tanto com a infra-estrutura da Unidade de Saúde quanto com a distância desta das localidades, mas consegue com criatividade e planejamento fazer de uma forma em que ninguém fique prejudicado, assim todos cumprem suas atribuições e a comunidade fica beneficiada.

Repensando estes “nós críticos”, os mesmos não impossibilitam que a equipe se comunique, pois eles poderiam atuar de forma diferente, de forma não interativa, isolada e fragmentada, já que é difícil estarem juntos o tempo todo.

Concordo com Chiesa (2001), quando diz que as tecnologias das relações é uma das mais complexas, pois abrange não só conhecimentos, habilidades e comportamentos, como também atitudes. Então o profissional ao adotar uma postura comunicativa, tem disponibilidade interna para se envolver com os problemas enfrentados pela equipe e juntos constroem algo intencional, dirigido e orientado para um interesse concreto. Então a partir da problemática enfrentada a equipe buscou soluções através da comunicação, houve interação entre profissionais e estes como usuários, através de práticas interdisciplinares.

5.3.4 Valorização do saber médico pela comunidade nas práticas em saúde

Sabemos que os profissionais ocupam uma posição diferenciada no âmbito da hierarquia profissional, sócio-econômica, e valorização dos conhecimentos científicos para resolução dos problemas. Lembrado por Santos (2002 *apud* SILVA, 2005), numa determinada situação de exercício de poder, pode ocorrer uma convergência entre elos da cadeia de desigualdade.

Esta dificuldade vem sendo superada a cada dia pela equipe, eles consideram um processo difícil de ser revertido em curto prazo. No início da implantação da ESF, os usuários só vinham à Unidade em busca de uma consulta médica para resolver suas necessidades, como se só esse profissional fosse capaz de resolver seus problemas. O ACS só servia para facilitar este agendamento ou marcar consultas, levar remédio e ainda reclamavam que os mesmos não verificavam pressão arterial e outros procedimentos.

A equipe considera que já passou por momentos bem complicados e que foram superados através da comunicação, por meio de reuniões na comunidade, fazendo com que eles participassem e partilhassem das decisões tomadas no âmbito da saúde. Hoje há uma compreensão melhor do processo de trabalho, facilitado pela lógica do trabalho interdisciplinar entendida pelos usuários e confirmada através da procura dos mesmos pela Unidade de Saúde, não importando quem os acolhe e sim quem está disposto a escutá-lo e entender suas necessidades. Há um respeito mútuo e confiança, sabem que se precisar de algum tipo de atendimento específico, não vão ser barrados ou mal atendidos (DC).

Esta situação ainda não está resolvida, é um processo lento, pois muda com toda a concepção de saúde- doença concebida pelos usuários, observa-se ainda

este processo em relação a um usuário com dificuldades de valorizar as orientações da AE2.

[...] “tu viu só, orientei ele quanto aos efeitos da medicação, mas ele não aceitou, chamei a ENF, ela repetiu a mesma coisa que eu, mas só depois que ela falou, ele saiu satisfeito, é sempre assim, eles não valorizam o trabalho da gente, ainda bem que a MED e ENF reforçam as orientações sempre na minha frente, daí eles começam a ver a gente de outro modo, mas é difícil.” (AE2)

Esta fala confirma a dificuldade que os usuários têm de aceitar orientações das auxiliares de enfermagem, eles ainda reconhecem o trabalho do médico como mais importante e legítimo, fruto de um modelo biomédico ainda hegemônico. A AE2 considera esta situação desconfortável, mas consegue vislumbrar o lado positivo da equipe em tentar desfazer esse modelo médico-centrado, fazendo com que os usuários aos poucos vão reconhecendo o trabalho e atribuições dos outros profissionais como parte do processo do cuidado.

Barros (2007) refere que o trabalho em saúde é reconhecido como verticalizado, dividido e conduzido sob a hegemonia do saber biomédico, esta fragmentação tem gerado impacto na relação entre os profissionais e estes com os usuários, dificultando o agir em equipe e o reconhecimento das outras categorias como legítimas.

5.3.5 Utilização dos serviços da Unidade Saúde da Família somente na atenção às condições agudas da doença

A interpretação do processo saúde-doença sob a lógica da determinação social é algo a ser construído no dia a dia no processo de trabalho, é uma tarefa árdua modificar a realidade atual da concepção de saúde concebida pela população, mas cabe a equipe propiciar esta discussão e buscar mudanças tentando superar o

modelo biologicista centrado na doença que ainda predomina e é valorizado nos dias atuais.

Esta dificuldade apareceu na comunidade mais distante da área, conforme relato da ACS5,

[...] “na minha área, a maioria das pessoas não tiveram acesso ao estudo, a maioria não sabe ler nem escrever, então dificulta um monte meu trabalho, eles querem que eu meça a pressão e leve remédio para eles, ainda bem que agora já tem uma escola municipal nesta área, pelo menos as crianças poderão mudar a realidade de hoje. [...] essa comunidade é a que menos frequenta a Unidade de Saúde, eles não aderem aos tratamentos propostos, mas é cultural, né pelo menos aceitamos bem as dificuldades deles, só ainda não encontramos estratégias que melhorem as condições de vida da comunidade, mas estamos tentando”. (AE1) Como eles tem pouca participação nas atividades educativas e vão à Unidade de Saúde só quando estão doentes, a equipe decidiu além dos grupos realizados, ir uma vez por mês nesta localidade para fazer vacinas, preventivo e consultas, tudo em parceria com a Escola, que cede espaço para tais atividades.” (ENF)

Esta situação foi levada para a reunião de equipe, a ACS5 sugeriu oficina de alfabetização para adultos, ela falou que muitas mulheres gostariam de trabalhar em outras atividades, que não fossem na roça, mas sem estudo consideraram inviável, essa sugestão foi bem aceita pela equipe, a ENF ficou de levar o pedido para a Secretaria da Educação para verificar a possibilidade de parceria nesta atividade (DC).

A intersetorialidade aparece como enfrentamento desta concepção reduzida do processo saúde-doença, a medida que a equipe consegue articular ações com outros setores, abre-se espaço para a produção social da saúde.

A ação intersetorial pode ser definida como uma forma de trabalho em que participam sujeitos de diversos setores, com intenções diversas ou não mas que podem atuar conjuntamente em relação a alguma situação problema (FEUERWERKER, 2000).

Segundo Neto (2007) a ação intersetorial pode produzir novos conhecimentos, mas não é esse o objetivo principal, e, sim, dar resposta a problemas complexos, que só podem ser solucionados com a parceria dos diversos setores.

5.3.6 Valorização das atividades curativas nos relatórios do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) pelo Ministério da Saúde

Na reunião de equipe, observei a preocupação dos mesmos em relação à produtividade individual de cada um, [...] “se não atingira a meta é porque tu não ta trabalhando direito (ACS2), os mesmos consideram estes relatórios incompletos, visto que só avalia quantitativamente as ações produzidas por eles.

[...] estes relatórios mensais permitem à equipe conhecer o perfil da sua população, só que não conseguem mensurar a qualidade dos serviços prestados à comunidade. “Eu tenho poucas famílias, mas uma casa é distante da outra, mas tenho que cumprir 165 visitas, então acabo priorizando famílias em situação de risco e no final do mês faço o restante, às vezes só pergunto se estão bem e pego a assinatura, o que vai ser cobrado é a quantidade e não a qualidade da visita pelo Ministério né, mas sei que não deveria ser assim.” (ACS2) “Apesar da valorização dos dados quantitativos, a gente consegue articular esses relatórios com as fichas de acompanhamento, objetivando identificar significados que as famílias dão à vivência do processo saúde-doença, que significado individual e social dão à doenças sexualmente transmissíveis, hipertensão, gravidez na adolescência”. (MED) [...] “é a gente sabe que tem metas a cumprir, mas nem por

isso deixa de discutir casos ou priorizar situações-problemas, o importante acho que é a construção em conjunto, a equipe amadureceu bastante, hoje não somos mais tão preocupados com a quantidade, mas sim com a qualidade, já que somos responsáveis pela saúde desta população, se a gente só atender, vai tá apagando incêndio, outro dia ela volta, então é melhor gastar mais tempo, discutir em equipe e resolver, mas a pressão existe, tivemos que aprender a trabalhar com ela".
(ENF)

Percebemos o Ministério da Saúde influencia diretamente sobre o modo de fazer da equipe, talvez pela própria regulamentação centralizada, apesar de enfatizar a integralidade das ações em seus documentos, nos relatórios de produtividade da equipe, priorizam-se registros das ações curativas, quantas consultas, quantos exames colpocitopatológicos, quantas visitas domiciliares, quantos encaminhamentos?

Este é um processo que precisa ser discutido no interior da equipe, são necessárias sim as atividades curativas, mas a abordagem que busca a integralidade orienta para implementação, valorização e articulação das ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação através do trabalho em equipe interdisciplinar.

A execução de um trabalho interdisciplinar , por vezes,nos coloca em situações de ordem prática que sinaliza a necessidade de uma constante vigilância, exigindo um esforço coletivo de escuta e fala com o outro. Apesar de existir entraves nesta construção, a equipe deve ser criativa, buscando soluções através da troca de experiências entre os próprios agentes ativos deste processo.

5.3.7A falta de continuidade da atenção à saúde

Na atual reestruturação da rede de atenção à saúde, não deve haver hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de

uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas, organizada a partir da Atenção Primária à Saúde (MENDES,2002).

Esta obediência ao princípio da continuidade da atenção, que viabiliza a função organizativa da APS, surge como um problema nos encaminhamentos aos especialistas, tal como se verifica na fala da médica da ESF.

“Olha é uma dificuldade encaminhar pacientes que demandam maior complexidade, no caso de consultas ou exames especializados, o encaminhamento por si só não garante o atendimento. Mas o pior é quando se consegue tal atendimento e não há uma contra-referência por parte do colega, tento manter contato, mas não tenho êxito, me parece que eles não gostam de ser indagados sobre suas condutas com o paciente encaminhado, o que é uma pena, pois o paciente é que sai prejudicado, já com o Hospital isso não acontece, conheço os colegas que trabalham lá e nunca tive dificuldade no acesso de informações, pelo contrário trocamos conhecimentos até por telefone.” (MED)

A descontinuidade no processo de atenção à saúde prejudica a ação interdisciplinar, caracterizando fortemente sistemas de saúde fragmentados, isolados e incomunicáveis. Entendo que há situações que demandam um cuidado especializado, mas para que isso aconteça de forma integral e resolutiva, é preciso ofertar serviços regionalizados com profissionais comprometidos com o SUS, capazes de constituir um contexto favorável à articulação das ações e a construção de um novo modelo que integre todas as tecnologias de forma horizontal e em redes integradas de atenção à saúde.

Na perspectiva de atuação de uma rede de atenção integral à saúde, os encaminhamentos exigem um cuidado especial, pois eles deveriam ser adequados e resolutivos para cada situação, deveriam garantir o retorno do usuário ao local que deu origem ao encaminhamento, quando for esta indicação, para melhor acompanhamento do caso.

Outro ponto observado foi em relação ao absenteísmo dos usuários nos Grupos de Educação em Saúde, a ACS6 justifica que é devido à incompatibilidade de horários de trabalho dos usuários com as atividades dos profissionais.

[...] “a maioria da minha comunidade trabalha o dia inteiro no verão, pra eles é prioridade, então é óbvio, que eles não vão vir nos Grupos, tem uns que mandam um familiar pra pegar o remédio.” (ACS6) [...] a ENF se preocupa com tal situação, pois muitos descuidam da saúde nesta época, mas tem o lado positivo que estão trabalhando, pra eles isso é muito importante (DC).

Esta situação já foi exposta no Capítulo 5, só achei necessário pontuar o desfecho desta problemática. Assim que esta necessidade foi detectada e problematizada no Grupo de Hipertensos, gerou uma mobilização por parte da comunidade e equipe em requerer um horário alternativo nesta época, pois o Grupo estava sendo descaracterizado e perdendo sua função. Então, um ano após esta discussão, a Gestão apoiou esta estratégia solicitada pela equipe e comunidade e autorizou um novo horário de atendimento das atividades, do período das 17:00 às 21:00, horário em que todos já retornaram do trabalho e podem participar das atividades, não prejudicando o bom andamento das Ações de Prevenção e Promoção em Saúde.

Para chegar esta decisão, houve todo um processo de negociação e consenso entre comunidade e equipe, caracterizado por uma prática comunicativa e dialógica, pressupondo um trabalho criativo e emancipatório. Entendo que os problemas de saúde são resultados de um processo complexo e dinâmico que se produz no interior de determinados contextos, o que justifica uma abordagem que busca a integralidade e orienta para uma nova intervenção que transcende ações de cunho assistencial.

Outro fator observado que gera descontinuidade das ações é em relação às férias dos profissionais.

[...] “no mês das minhas férias, a ACS 1 e ACS2 cobrem a minha área, claro que elas não fazem visitas em todas as famílias, mas deixo uma planilha que identifica as famílias em situações de risco, então elas priorizam estas, há e também elas avisam minha comunidade das atividades de Educação em Saúde no Salão Comunitário, essa decisão foi bem aceita pela comunidade, eles preferem assim do que ficar sem ACS” (ACS3)

[...] “entre mim e a ENF há um consenso em relação às atividades que não podem parar, então no mês que ela está de férias eu faço os preventivos, e no mês que eu saio, ela acompanha os diabéticos, hipertensos e gestantes da nossa área através da consulta de enfermagem, qualquer dúvida ela me liga ou agenda para o médico que me substitui nas minhas férias, ele vem uma vez por semana só para servir de apoio à equipe e realizar consultas de rotina aos pacientes que a equipe eleger como prioridade, o mesmo acontece com a AE, se a ENF está ocupada, eu mesmo aplico medicação ou faço curativo, não vejo problema nisso, o importante é ter segurança no que se faz e resolver aquilo que está no nosso alcance”. (MED) “Na verdade a gente pactuou isso em conjunto, para não prejudicar o trabalho durante a ausência de um profissional, eu não vou mandar um paciente que quer fazer curativo embora, porque a AE está de férias e é atribuição dela, isso pra mim é descomprometimento com a população, se eu posso fazer tal atividade e tenho competência para isso, não vejo problemas, consideramos uma ajuda mútua, bem resolvida e acertada entre os profissionais envolvidos, não se faz nada sem segurança e conhecimento, é mais no sentido de

colaboração para não prejudicar o usuário e não sobrecarregar o profissional no seu retorno, nunca tivemos problemas, talvez pelo diálogo e interação que temos dentro da equipe. (ENF)

Essa compreensão implica reconhecer que a construção de um novo modelo de saúde humanizado pressupondo a ampliação da dimensão cuidadora, no sentido de desencadear processos mais partilhados dentro da equipe de saúde e também entre os profissionais e usuários, para que se garanta o vínculo e a co-responsabilização.

Implica também uma melhor combinação entre a capacidade de produzir procedimentos e cuidado, requerendo competências diversificadas por parte dos profissionais atuantes que se expressam, no campo da cooperação (núcleo cuidador), pelo conhecimento ético, pela destreza nas relações interpessoais, pelo conhecimento institucional e pela compreensão do processo de trabalho.

Segundo Merhy (1999, p.7)

Um profissional de saúde, no desempenho de uma ação, mobiliza ao mesmo tempo, seus saberes e modos de agir. Esse modo de agir é definido primeiramente pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar, sobre o qual coloca-se em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos envolvidos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional.

Assim, analisando o conteúdo observado, notei que a equipe consegue superar com criatividade e responsabilidade todas as dificuldades apresentadas, através do trabalho em equipe interdisciplinar. Esta construção não está pronta, ela é aperfeiçoada conforme as necessidades detectadas. Trata-se de um processo dinâmico norteado pelo princípio da integralidade na atenção à saúde, visando melhora na qualidade dos serviços prestados e contribuindo para uma nova forma de atuar em saúde.

6 AÇÕES EM SAÚDE QUE PROPICIAM A PRÁTICA INTERDISCIPLINAR

6.1 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

O planejamento estratégico consiste em uma ferramenta de gestão da ESF fundamentalmente ético-política e comunicativa, não se restringindo à dimensão técnica. Então a medida que existem múltiplas variáveis do processo saúde-doença, o desafio que se coloca para aplicação deste, certamente são as práticas interdisciplinares. Somente essa ampliação do olhar permitirá elaboração de metas e objetivos de acordo com as necessidades de saúde da população, apostando na viabilidade de um projeto social pautado na justiça, equidade e cidadania (MACHADO, 1992).

Observei que todas as ações em saúde desenvolvidas pela equipe São Braz estão delineadas a partir do planejamento estratégico, instrumento adotado pela equipe para gestão do processo de trabalho, sob supervisão da Coordenadora Municipal da ESF. Não participei desta atividade, mas achei viável pontuá-la neste estudo porque a partir desta ferramenta se organizou todas as atividades da equipe, através do trabalho interdisciplinar.

Considero que à medida que se adota uma visão dialética situacional-estratégica, propiciando a todos repensarem suas ações e conhecer as necessidades da população da área adscrita, reconhecendo e trabalhando com conflitos e relações de poder, para assim planejarem as ações, ficando clara a responsabilidade coletiva da equipe.

Não vou neste trabalho descrevê-la, mas destaco esta atividade pela possibilidade que a mesma proporciona de reduzir a fragmentação do trabalho, sair do plano individual para o coletivo, exigindo um trabalho integrado que responda às necessidades de saúde da população através de uma equipe centrada, o que estimula o pensamento estratégico.

À medida que a equipe incorpora esta atividade, está rompendo com o modelo médico-centrado hegemônico, onde o foco volta-se para o usuário/família através de ações de uma equipe-centrada, com maior horizontalidade e flexibilidade

dos diversos poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos ACS e maior integração da equipe.

Retomando o que foi abordado até aqui, o ponto de partida para a construção de um trabalho em equipe interdisciplinar na ESF, parte do entendimento dos profissionais acerca dos diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. Quando todos concebem esta nova forma de atuar e entendem que suas especificidades nem sempre vão dar conta da complexidade do processo saúde/doença, abrem caminhos para o diálogo, tendo como eixo central um trabalho coletivo, em que a interdisciplinaridade é necessária.

6.2 ACOLHIMENTO

Entendo que o acolhimento, pode ser uma estratégia de organização do trabalho, pois de acordo com Franco (1999), o acolhimento parte das seguintes diretrizes: acessibilidade universal (atender todas as pessoas que procuram os serviços); reorganização do processo de trabalho (do modelo médico-centrado para equipe centrada) e a qualificação da relação profissional/usuário (unir o profissional e o usuário em torno de interesses comuns – constituição de um serviço de saúde de qualidade, atenção integral).

É um instrumento que deve ser apropriado por todos os profissionais, assim não se limita ao ato de receber, mas em uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde. Todos têm entendimento que “acolher” não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, que envolve a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação das necessidades, e as sua transformação em objeto das ações de saúde.

O que pude notar é que todos os usuários são acolhidos na Unidade, independente de agendamento, ao chegar o usuário se direciona até a REC e relata sua queixa ou solicita informações. A REC escuta atentamente e logo após preenche uma ficha, separa o prontuário família do usuário, este aguarda ser

acolhido e avaliado pelo técnico que está disponível, esta ação é feita sempre pela ENF ou AE.

O ato de acolher agiliza o atendimento, acabando com a distribuição de fichas, todo o usuário é atendido por um profissional no mesmo dia que procura o serviço e após seu acolhimento já sai com um encaminhamento de acordo com as necessidades apresentadas por ele. A disponibilização do serviço ao usuário, caso necessite antes da próxima intervenção, transmite a ele a noção de responsabilização da equipe ESF perante suas necessidades de saúde.

Saliento que esta ação foi o único registro de interação da REC com os demais profissionais, percebi que seu trabalho é mais isolado do restante da equipe, seria um “apoio”, em relação aos serviços administrativos. Durante minha coleta de dados, questionei a ENF quanto ao papel da REC, a mesma referiu que “A nossa recepção é a porta de entrada do serviço, considero como peça fundamental, pois é a recepcionista quem faz o primeiro atendimento aos usuários, ela faz da melhor forma possível, mostra tranquilidade e empatia, ela é moradora da comunidade, então todos a conhecem, além de ser muito organizada, você sabe né, o monte de burocracia que temos para fazer no final do mês” (DC).

A recepcionista tem um trabalho normalizado, mas estabelece uma relação acolhedora com o usuário que procura a Unidade. Merhy e Franco (2007) diz que o recepcionista pode decidir ser um “quebra o galho” do usuário, ou pode até decidir se o usuário está em situação de maior ou menor necessidade por serviço, e assim por diante. Nesta Unidade percebi que a recepcionista tem importante papel no acolhimento, pois esta profissional não barra os usuários na entrada, mesmo sem não ter nada agendado, a mesma já incorporou o processo de escuta na sua rotina.

Diante desta situação, concordo com Merhy (1994) quando diz que a função da porta não é mais barrar e limitar o atendimento e, sim responder aos problemas

que ali aparecem de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves que os profissionais dispõem, utilizando seus saberes nas relações.

Apresento, a seguir, como cada um dos profissionais envolvidos com o ato de acolher, pode adotar práticas interdisciplinares, dentro do seu processo de trabalho.

Chega à Unidade um pai com a filha de dois anos procurando atendimento, a REC pergunta o motivo e o mesmo refere que a filha está com vômito e diarreia, após preencher a ficha e relato o caso para a AE2 no ambulatório, a AE2 chama o pai e verifica os sinais vitais da criança, após este procedimento solicita avaliação da ENF, devido a criança ter sinais de desidratação, esta por sua vez confirma e conversa com a MED no consultório, as duas retornam ao ambulatório onde a criança está, MED procede sua conduta clínica, prescreve medicação via oral, ENF MED orientam o pai quanto aos cuidados e pedem que o pai traga a criança a tarde para ser reavaliada novamente. Depois de saída deles, elas conversam sobre as dificuldades sociais que vive esta família, a mãe e o pai trabalham fora, a menina fica sob cuidados do irmão mais velho, ficam de verificar com a ACS4, porque esta criança não está na creche e saber mais sobre as condições sócio-econômica da família, visto que esta criança desde o nascimento apresenta problemas (DC).

Esta noção de responsabilização dos profissionais sobre a família proporciona aos envolvidos uma relação mais próxima, afirmando um compartilhar, um saber/fazer comum.

Nesse sentido, a situação acima, fez com que os profissionais se questionassem quanto aos procedimentos já realizados nesta criança, na verdade a equipe não estava sendo resolutiva, pois só tratavam a doença. No momento em que um profissional se dá conta desta situação, e procura compartilhar com outros colegas, esse cuidado torna-se integral e humanizado, amplia-se os olhares, através

do reconhecimento que existem condições humanas como necessidades básicas que interferem no cuidado da saúde.

Concordo com Merhy (1994) quando diz que para ter uma ação resolutiva não se limita a ter apenas uma conduta clínica, consiste também em oferecer possibilidades de usar tudo o que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do usuário/família. Todo este conjunto de ações deve trazer benefícios e satisfação do usuário.

[...] familiar de um etilista vai até a Unidade buscar receita de diazepam, diz que o mesmo está com síndrome de abstinência em casa. Neste momento a equipe estava na cozinha (MED, ENF, AE1 e AE2) quando a REC relatou o caso, a AE2 disse que ontem durante sua visita domiciliar viu o paciente ingerindo bebida alcoólica no bar, a ENF acha complicado dar receita sem ver o paciente, MED diz que seria importante alguém ir no domicílio averiguar a situação de perto, pois soube pela ACS5 que a família vive querendo sedá-lo para o mesmo não sair de casa, neste momento a ENF lembra que vai passar à tarde perto da casa deles, e já avalia o caso junto com a ACS5, após este consenso, a ENF conversa com a familiar, explica o que vai ser feito e pede para a mesma aguardar em casa. AE1 fala do quanto esta família sofre com esta situação, e que eles não fazem por mal, na verdade não sabem lidar com a situação, acham que desta forma estão protegendo ele (DC).

O fato de poder olhar para esta situação que a família enfrenta, pode mostrar o quanto a saúde é complexa, o quanto exige dos profissionais da equipe um olhar ampliado, que só pode ser feito através do diálogo e compartilhamento de saberes e experiências.

Devido a esta complexidade, é importante que os profissionais de saúde pensem em uma concepção de saúde ampliada, que compreenda um conjunto de fatores individuais e coletivos, inter-relacionados num processo dinâmico, que

abarque dimensões sociais, políticas, econômicas, culturais, éticas, psicológicas, biológicas e sociais pensando na possibilidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas (PEDUZZI, 2000).

Assim, a construção da prática interdisciplinar desta equipe estudada, foi possibilitada pelas ações do cuidado em saúde desenvolvidas sob o eixo da integralidade, fazendo com que os mesmos se comuniquem, se integrem, compartilhem os saberes e articulem as ações, buscando através do diálogo identificar as dificuldades e procurem soluções em conjunto, visando uma atenção em saúde mais eficaz.

Importante ressaltar que não há como programar esta ação, ela permeia as ações de saúde e acontece a medida que os profissionais buscam em seu cotidiano de trabalho novos olhares para uma situação complexa identificada.

Então, mesmo os profissionais programando suas atividades, sempre ocorrem as intercorrências, seria a demanda espontânea, usuários não agendados que procuram a Unidade durante o período de atendimento.

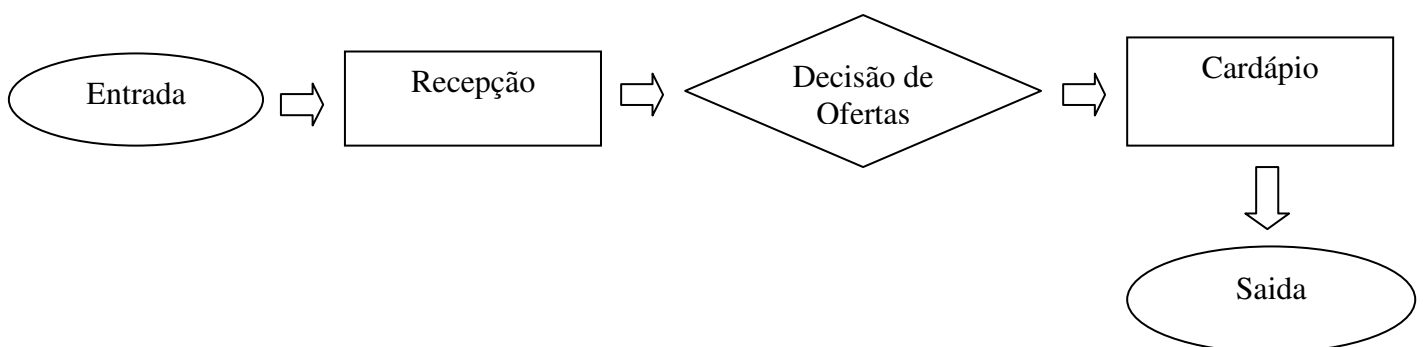
Para estes casos, a equipe adotou um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram a Unidade de Saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários, no qual é denominado de Acolhimento (BRASIL, 2004).

Buscando melhor compreender este processo de Acolhimento na Unidade para a prática interdisciplinar, apresentarei o fluxograma analisador (MERHY; ONOCKO, 2007) para visualizar como é a entrada do usuário no serviço, recepção, decisão de ofertas, cardápio e saída do mesmo após procurar o serviço sem agendar. Considerarei importante compreender, inicialmente, como o serviço está organizado para estes casos “não agendados” que buscam atendimento.

Os símbolos utilizados no fluxograma são universais, a elipse mostra o começo e o fim da cadeia produtiva, para o serviço de saúde a entrada e a saída do usuário. O retângulo mostra os momentos em que realizam as etapas do trabalho na cadeia produtiva, é onde se realizam consumos de recursos e produção de produtos

bem definidos que vão servir para abrir novas etapas da cadeia. O losango representa os momentos que a cadeia produtiva enfrenta um processo de decisão de caminhos a serem seguidos, são momentos de decisões e possibilidades de percursos para atingir etapas seguintes e distintas (MERHY; ONOCKO, 2007).

Este fluxograma me ajudou a representar como está o organizado o processo de trabalho para usuários que procuraram o Serviço sem agendamento prévio, chamada de demanda espontânea.

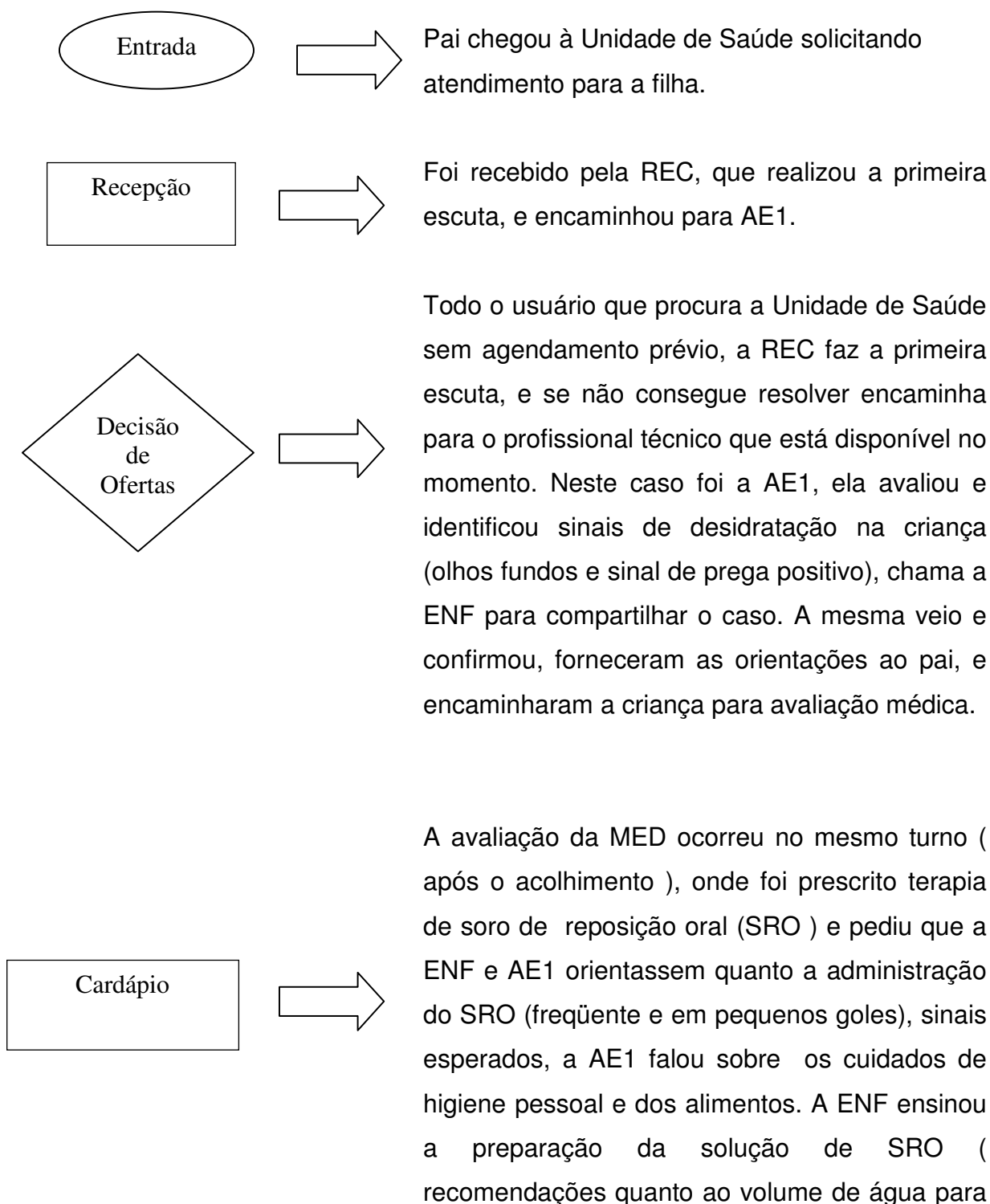


A seguir descrevo o processo do acolhimento observado no dia em que um usuário não estava agendado, chegou à Unidade de Saúde em busca de atendimento.

[...] usuário foi até a REC e relatou o que a filha de 1 ano não estava bem, havia dois dias que estava com diarreia, “ficou muito fraquinha, não está nem comendo, será que tem como conseguir uma consulta”. Esta ouviu atentamente, solicitou o nome completo do representante da família e quem era a ACS de referência. Após dirigiu-se ao arquivo e tirou o envelope com os prontuários dos integrantes da família, preencheu os dados pessoais da criança em uma ficha e anexou ao prontuário da criança, solicitou que o pai esperasse ser chamado pela AE1 para verificação dos sinais vitais e avaliação. Esta se dirigiu até o ambulatório de enfermagem e

entregou a ficha com o prontuário à AE1, profissional que estava ali naquele momento (DC).

A partir deste relato, descrevo todas as etapas deste Acolhimento.



diluição etc.), não necessitando no momento de outra tecnologia ou encaminhamento.



Após o acolhimento da AE1, consulta de enfermagem e consulta médica, pai levou criança para casa, levando a medicação e ficou de retornar a tarde para nova reavaliação da criança quanto à desidratação e evolução do caso.

Pude observar que não existe um profissional fixo para o Acolhimento, todos estão envolvidos de alguma forma, e existe uma rotina organizada para tal ação. Os usuários são recebidos pela REC, que escuta e encaminha para outro profissional quando a demanda é queixa relacionada ao processo saúde-doença, no caso de informações solicitadas, ela mesma realiza. Geralmente quem o realiza são as AE, pois sempre a MED já está em alguma atividade assim como a ENF, mas esta função é acordada entre os profissionais, poderá haver algum momento em que a AE1 está realizando uma visita domiciliar e a outra AE2 está na vacinação uma criança na sala de vacina, e a ENF está disponível, então ela faz o Acolhimento (DC).

O acolhimento é uma tecnologia leve, altamente complexa, pois é nele que se identifica a necessidade do usuário, é o momento da decisão sobre qual intervenção terapêutica o usuário será encaminhado, e o momento em que está sendo construído o vínculo entre o usuário e o serviço. Neste sentido o acolhimento transcende a recepção do usuário.

Através do Acolhimento, o profissional pode reconhecer, analisar e tratar as queixas referidas, interagindo com o sujeito, tendo como intenção que ele seja co-responsável pela sua saúde, participando deste processo. Na observação acima, todas as etapas foram acolhedoras, pois a AE1 escutou e identificou a necessidade,

compartilhou com a ENF, e estas com a MED, todas tiveram um papel importante no Plano Terapêutico, assumindo uma responsabilidade coletiva.

No momento em que a queixa fugiu do núcleo de competência de quem acolheu, ou surgiu dúvidas quanto à conduta, a profissional AE, buscou o diálogo com a ENF, e juntas encaminharam para MED, todas conduziram o caso de forma dialógica e compartilhada.

Os cardápios de intervenções disponibilizadas aos usuários da ESF podem ser de cunho individual e coletivo, realizados por um ou mais profissionais através de ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento e reabilitação, conforme necessidade detectada. A ação interdisciplinar no Acolhimento é percebida no momento em que o profissional compartilha o caso com o colega, a partir da identificação que seu coletivo de pensamento não dá conta de resolvê-lo ou até mesmo para ampliar o olhar sobre determinada situação. Podemos verificar conforme a descrição abaixo, a AE1 transmitindo o seu olhar estilizado sobre a situação encontrada, assim como a ENF e a MED.

[...] após verificação dos sinais vitais e entrevista com o pai, a AE1 chamou a ENF para compartilhar o caso, a mesma avaliou e confirmou a desidratação da criança, pediram para o pai aguardar avaliação da médica, neste momento, percebi que as duas saíram da sala e conversaram, AE1 comentou que esta criança ultimamente está adoecendo com frequência e que deveriam saber mais sobre esta família, condições de moradia, saneamento básico e situação social, a ENF fala que sempre é o pai quem traz a criança para vacina ou consulta [...], ficaram pensando quem cuida da criança, já que o pai falou que trabalha e sua esposa também, porque a criança não está na creche [...] após a MED avaliar, perguntou ao pai se o mesmo tem condições de medicar a criança via oral com SRO, o mesmo disse que sim, pois iria ficar em casa hoje, nesta hora a MED recebe um olhar de desconfiança da ENF (olhou para cima e balançou a cabeça), então a MED fala para o pai levar

os envelopes de SRO e retornar a tarde para nova reavaliação, o mesmo aceita (DC).

Neste diálogo acima, identifiquei a cumplicidade e comprometimento do cuidado em relação a este caso por parte das profissionais envolvidas, a comunicação muitas vezes pode acontecer por meio de gestos e sinais entre as profissionais. As mesmas identificaram que a criança apresenta-se doente com certa frequência, geralmente doenças que se associam com hábitos precários de higiene e alimentação, questionam-se que provavelmente este sinal físico é compreendido como reflexo das condições de vida e trabalho desta família como: falta de dinheiro, habitação não acabada, a alimentação mal conservada pela ausência de geladeira, podendo listar uma série de condições que fazem parte da vida desta família e são determinantes nos perfis de saúde e doença, ou seja, avaliaram sob a ótica da determinação social do processo saúde-doença.

Todas participaram de alguma forma no sentido de colaborar nesta situação de forma co-responsável, visto que as ações curativas, de diagnosticar e medicar são necessárias, mas não únicas, tendo que descobrir a origem do problema, isto demanda ações de prevenção e promoção em saúde, podendo envolver até outros órgãos setoriais, que só pode ser identificado com profissionais que concebem a complexidade do processo saúde-doença a partir da integralidade da atenção à saúde.

Percebi que as práticas de cuidado à saúde desta situação foram interdisciplinares, a atitude de atender não foi apenas uma pequena e subordinada tarefa específica de cada área, podemos considerar uma atitude cuidadora, compartilhada pelos saberes específicos de cada profissional, apesar de todos terem suas atribuições inerentes a sua categoria profissional na ESF, o diálogo é comum dentro da equipe, vejo como uma forma de legitimação do cuidado em equipe na construção do Plano Terapêutico¹².

¹² Plano Terapêutico refere-se ao projeto da Instituição, seus objetivos enquanto Unidade Saúde da Família, suas intervenções oferecidas aos usuários/comunidade, ou seja cuidados sob a ótica da integralidade das ações.

Segundo Merhy (2000), a dimensão cuidadora visa produzir processo de falas e escutas, uma relação intercessora com o mundo subjetivo do usuário e o modo como ele constrói suas necessidades de saúde, relações de acolhimento e vínculo, posicionamento ético e articulação de saberes para Planos Terapêuticos na Unidade Saúde da Família. Esta relação cuidadora esteve presente em todos os momentos observados no cotidiano do trabalho desta equipe.

Identifico aqui o Acolhimento como mais um recurso adotado pela equipe, na construção de práticas interdisciplinares. Pois à medida que adotam esta ação de dar respostas aos demandantes não agendados, discriminando riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologias de intervenção, também possibilitam leitura e interpretação dos problemas por mais de um profissional da equipe, possibilitando o diálogo e a construção de Planos Terapêuticos de forma integral e abrangente através da responsabilização coletiva.

6.3 REUNIÃO DE EQUIPE

As atividades dos profissionais da equipe estão previamente especificadas conforme cronograma de ações fixado em mural na Unidade, as mesmas são elaboradas em reunião de equipe onde todos participam deste processo de construção, através dos assuntos trazidos e discutidos durante a reunião. A equipe leva em conta a estrutura física da Unidade, locomoção dos profissionais na área de abrangência e necessidades de saúde daquela população.

Nesta reunião também são levadas em considerações as competências de cada profissional para desenvolver uma tarefa. Quem faz visita domiciliar, quem medica, quem prescreve, quem aplica a vacina, quem orienta o que, quem coleta o: exame papanicolau, quando e onde? Então a reunião possibilita esta construção em conjunto. Cada integrante da equipe possui um saber, uma história de vida diferente, uma formação específica que deve ser levado em conta e com isso, buscam uma responsabilização coletiva sem interferir no trabalho do outro.

O trabalho em saúde também é dividido porque cada profissional tem algo específico a realizar, tem um conjunto de conhecimento que permite certo fazer, por exemplo: o agente não vai prescrever um medicamento, nem o médico vai aos

domicílios cotidianamente para realizar e atualizar o cadastro das famílias. Então, como dividir as ações sem perder de vista a finalidade de trabalho integrado e a especificidade de cada profissional?

A reunião de equipe nesta Unidade Saúde da Família é uma possibilidade, pois os profissionais conversam e elaboram planos terapêuticos em conjunto para cada usuário/família, definindo mais claramente o fazer de cada um em relação ao caso e ao mesmo tempo compartilham saberes, possibilitando um trabalho integrado. Nessa hora em que os profissionais se reúnem para dialogar, pode visualizar, com mais intensidade, como se dá esta integração.

A atividade é coordenada pela ENF da Unidade, importante ressaltar que a Coordenação Municipal da ESF, nomeia o profissional enfermeiro como coordenador de equipe ESF, este papel é percebido no início da reunião, ela traz a pauta dos assuntos a serem tratados, media às falas durante a reunião e registra em ata os assuntos abordados e decisões tomadas pela equipe. Todos me pareceram tranquilo quanto esta dinâmica de trabalho. A enfermeira inicia expondo alguns problemas internos quanto à organização do trabalho que surgiram durante a semana, como também socializa a programação da semana seguinte: divisão de tarefas para realizações de ações demandadas pela coordenação municipal, abrindo a pauta para discussão de casos (DC).

Percebe-se os grandes desafios que a equipe enfrenta, para os quais se tem muitas atividades verticalizadas demandadas pelas Políticas locais e nacionais, além daquelas detectadas como necessidades pela equipe e comunidade. Porém, cabe a equipe enfrentá-las, no sentido de agregar as ações que lhes foram solicitados no planejamento, articulando e integrando novas atividades com criatividade e competência.

“Semana que vem inicia a campanha da Secretaria Municipal de Saúde para coleta de preventivo tem que aproveitar porque

não atingimos nossa meta ainda, vocês têm alguma colocação a fazer, está muito baixa a procura” [...] (ENF), “tem que ver que a maioria vai fazer o exame na Unidade do Centro, porque já trabalham por lá e fica mais fácil” [...] (AE2), “bom o que importa é verificar se estão fazendo, não importa o local, o que precisamos é confirmar se foi feito e os resultados, isso já depende mais das ACS verificarem nas visitas, apesar de eu perguntar sempre em consulta” [...] (MED), “isso a gente faz, mas tem mulheres que fica difícil sair da localidade, não tem com quem deixar as crianças, é muito longe, não querem gastar dinheiro com passagem, acham que só devem gastar quando estão doentes, vocês sabem aquela minha área é difícil fazer prevenção” [...] (ACS6), “se vocês concordarem, eu faço a coleta lá, a Escola já ofereceu uma sala, tem muitas mulheres de lá que ainda não fizeram, seria uma oportunidade de fazermos nesta semana de Campanha um dia específica para as mulheres desta comunidade” [...] (ENF), “Acho a idéia ótima, esta comunidade é carente mesmo, e nunca fizemos nada parecido lá, eu ajudo a organizar um Grupo só para mulheres com orientações, exame de mamas e coleta de preventivo, convido a psicóloga para falar sobre sexualidade, o que vocês acham” [...] (AE2).

Percebo a empolgação da equipe, neste momento, todas começam a falar, surgem muitas idéias, todos acabam concordando e se dispondo a ajudar a ACS6. Neste momento a ENF solicita a atenção de todas e começa a anotar o que vai ser realizado e as atribuições de cada profissional para a tarefa extra-oficial, e diz que vai avaliar a ação depois, e pede para a ACS6 também fazer o mesmo com as mulheres de sua microárea (DC).

Segundo Saito (2008) o processo de integração entre os profissionais pressupõe ações de caráter coletivo, subsidiadas por um planejamento flexível e ativo que se efetiva a partir da reconstrução e realimentação cotidiana, buscando dividir e pactuar responsabilidades, compartilhar e delegar atribuições, através de uma abordagem integral.

Participando deste momento, vejo que as dificuldades encontradas pela equipe, abrem caminhos para o diálogo, isto não está em livros ou manuais, e sim é um processo construtivo e de aprendizagem, pois o problema não era da ACS6 e ENF que não atingem a meta e sim da equipe, todos se percebem parte de um grupo, assumem responsabilidade coletiva e conseguem transformar a forma de produzir o cuidado em saúde, adotando com criatividade as decisões tomadas.

Após esta etapa a ENF parte para o segundo momento da reunião, solicita que os profissionais exponham as situações-problemas identificadas e não resolvidas durante a semana. Em seguida abre-se espaço para troca de informações, visando olhares plurais sobre cada caso, levantamento das possibilidades, sendo que a maioria das intervenções é da ENF e da MED, os ACSs somente trazem questões para serem problematizadas, expressando dificuldade no manejo. Apesar da MED e ENF atuarem de forma mais incisiva, elas fazem com que os agentes participem junto das decisões, propiciam questionamentos junto a equipe o que acaba gerando discussões entre todos, neste momento são negociadas as decisões, valorizando os saberes, por fim, elegendo então as prioridades em consenso (DC).

Esta reunião de equipe traz a substituição ao modelo médico centrado por um espaço coletivo de discussão e integração, traz o trabalho interdisciplinar. Existe um objeto fronteiroço (casos concretos) que possibilita esta problematização, ao mesmo tempo há um coletivo de pensamento que detém maior conhecimento sobre determinado assunto, formando um círculo esotérico em relação aos demais, a tradução deste conhecimento acontece de forma mais simples e clara (formando um

círculo exotérico), mas que independente do pertencimento a um círculo ou outro em determinada situação, é possibilitado o diálogo e responsabilização coletiva.

Desta forma, de um lado, a interdisciplinaridade aparece como o instrumento e a expressão de uma crítica interna do saber, como um meio de superar a hierarquia das profissões, valorizando cada saber, através de uma construção dialética, valorizando os saberes constituídos através de um espaço privilegiado de interlocução e inter-relação.

Ao mesmo tempo em que sentar junto para conversar assuntos comuns a todos, parece tão fácil, muitas vezes, não é, pois, nesses momentos, deparamos com as contradições, com as diferenças, com as expectativas que temos uns dos outros e que não são claramente faladas.

Concordo com Peduzzi (2001), quando diz que as relações de subordinação podem ser transformadas pela prática comunicativa, porque a argüição dos valores implícitos nos atos da fala permite discriminar e manter as diferenças técnicas de trabalhos executados por sujeitos sociais iguais. A mesma autora (1996) ainda destaca a supervisão como meio que pode auxiliar a interação entre os profissionais de saúde no trabalho em equipe, seja pelo seu caráter gerencial, educativo ou de articulação política.

Na reunião de equipe dos profissionais percebo a interação entre eles, cumprimento do horário, ninguém saiu da reunião sem antes resolverem todas as questões levantadas, percebo aqui uma o envolvimento e responsabilidade da equipe frente às situações apresentadas.

Muitos autores já escreveram sobre a importância das reuniões para as equipes (FORTUNA, 1999; SCHERER, 1987), e alguns chamam a atenção para o fato de que esse espaço pode servir para que nada se modifique, para que tudo permaneça da mesma forma. Atrasos freqüentes, o entrar e sair a toda hora, a dificuldade de encerrar, o término que se dá pelo esvaziamento, a dificuldade de concluir com propostas, são alguns indicativos de que a reunião não está sendo operativa, nem contribuindo para mudar o jeito de trabalhar; ao contrário, está a serviço da reprodução do velho jeito de atender.

Então a reunião da equipe aparece neste momento como um dos recursos para a prática interdisciplinar, invertendo a assistência à saúde do modelo médico-centrado para equipe-centrada, para uma assistência com hegemonia das tecnologias leves-duras e leves (FRANCO, 2003).

Existe um cronograma de atividades que devem ser cumprido por todos os profissionais, isto é, atribuições inerentes a competência de cada um, onde a especificidade se faz necessária. Mas à medida que este profissional identifica que pode aperfeiçoar seu trabalho, ou que foge da sua especificidade tal problemática encontrada, ele tem espaço dentro da Unidade para expor a um ou mais colegas a situação-problema, vejo que esta cumplicidade de troca de saberes legitima o trabalho da equipe, proporcionando confiança entre os envolvidos e maior resolubilidade das ações.

A reunião de equipe é um dos dispositivos para a construção coletiva, nesta equipe é realizada uma vez por semana, no período vespertino. Durante este período a Unidade de Saúde permanece aberta, não é agendada nenhuma outra atividade, mas se aparecer alguma intercorrência, realiza-se o Acolhimento, que será explicado mais adiante. Nas duas reuniões em que participei, não houve nenhuma intercorrência, os mesmos referem que a comunidade já sabe que este dia a equipe está reunida para planejar as atividades. Nesta reunião participam os seis ACS, ENF, MED, AE1, AE2 e REC.

[...] a ENF inicia a reunião, expondo a pauta [...] depois passa os recados em geral, que inclui a apresentação dos dados quantitativos e metas a serem cumpridas [...] em seguida a ACS1 justifica sua baixa produção da semana, devido à temporada de verão, pois os usuários de sua microárea estão trabalhando fora, o que prejudicou sua meta de visitas semanais [...] já a ACS6 relata que as chuvas dificultaram a realização das visitas domiciliares [...] passado esta etapa, inicia o segundo momento da reunião: discussão de casos sobre situações vivenciadas durante a semana que necessitam ajuda da equipe na busca de soluções (DC).

No capítulo 5 vimos que a ENF é responsável pela coordenação e supervisão da equipe, uma de suas atribuições é a entrega consolidada dos relatórios mensais de todos os profissionais da equipe. Assume também um papel de interlocutora com a Coordenação Municipal da ESF e demais setores da Secretaria de Saúde, então é natural, que a mesma questione e solicite informações aos profissionais sobre qualquer alteração no processo de trabalho.

Importante ressaltar que a única hierarquia percebida, foi em relação às atividades burocrática. A supervisão da enfermeira destaca-se como meio que pode auxiliar a interação entre os demais profissionais, seja pelo seu caráter gerencial, educativo ou de articulação política, neste caso percebe-se que a mesma permite à equipe a oportunidade de expor, propor, julgar e participar do processo, pois todas estas metas foram construídas em conjunto e a atividade burocrática faz parte deste processo, embora os profissionais de nível médio sentirem-se mais constrangidos em colocar opiniões divergentes ou mesmo expor suas observações sobre determinada questão levantada, este espaço existe e deve ser reforçada tal participação no dia a dia.

No decorrer da reunião, a ACS expõe uma situação-problema, conforme exposto abaixo:

[...] ACS4 expõe o caso de uma família “nova” cadastrada por ela semana passada, em que a mãe tem 32 anos e o filho, 16 anos, sendo ela diabética, obesa e depressiva, não trabalha, pois diz não ter condições físicas para tal, o filho não estuda para cuidar da mãe e eles fumaram durante toda a visita. Refere que não soube lidar com a situação, sentiu-se constrangida pelos dois estarem fumando e não pararem enquanto ela estava lá, a mãe do menino disse que faz uso de insulina, mas não cuida da alimentação, toma somente remédio para dormir, diz ser muito ansiosa. Quando indagada pela ACS4 porque veio morar naquela comunidade, a mesma não responde, e que quando ela precisasse de ajuda procurava a Unidade de Saúde (DC).

Após esta colocação, foi aberto espaço para a discussão [...] a ACS3 diz que ela poderia fazer a próxima visita com alguém da equipe, sugere que fica mais fácil, já a ENF preocupa-se com o descuido desta mãe em relação à diabetes e ao filho não estar estudando e vivenciando esta situação, outra ACS6 diz “quem será que mantém financeiramente esta família”?, E que o caso do filho não estar estudando poderia ser denunciado no Conselho Tutelar. A MED diz que não adianta preocuparem-se com estas questões no momento, devem é pensar em como vão criar vínculo e conquistar confiança da família, pois não sabemos das dificuldades deles, depois dessa etapa acredito que vamos poder intervir de forma mais adequada. A AE1 diz que ela poderia ir com a ACS4 na próxima visita com o intuito de verificar a medicação que ela toma, se tem na farmácia da Unidade, medir a glicemia, pensa que seria um modo de abordagem que refere cuidado, sem julgamentos (DC).

Todas estas sugestões são mediadas pela ENF e MED, percebo que as ACSs utilizam este espaço no intuito de “aliviar as angústias”, sanar dúvidas, constituindo esta oportunidade como aprendizado. Já entre a MED e ENF este diálogo é mais freqüente e contextualizado, levando sempre em consideração a área específica, experiência e conhecimento de cada uma. [...] ENF pergunta à MED “o que tu acha sobre esta conduta?” Ou pensas em algo diferente?” MED responde [...] “ainda estou pensando, mas acho que tal forma pode ser experimentado, se não der certo reavaliemos novamente” [...], estas intervenções mostra a necessidade de compartilhar conhecimentos, cumplicidade e responsabilidade coletiva pela decisão tomada (DC).

Após este questionamento inicial, todos acabam interagindo e se sentindo a vontade para expor opiniões sobre o caso. Interessante que a equipe não

desconsidera nenhum conhecimento, justificado sempre pela eleição de mais de uma alternativa para resolução de determinado problema, não desmerecendo nenhuma sugestão. Todas alternativas são anotadas pela ENF, colocadas em ordem conforme consenso da equipe após discussão. Sempre na semana seguinte se retoma e avalia-se como sucedeu determinada situação, se o profissional conseguiu lidar com aquela situação, resultados alcançados, caso não ter sucesso, parte-se para a segunda opção, que já foi construída por eles.

Segundo Borges (2006) trabalhar em equipe é trabalhar com conflitos e tensões, sendo natural que existam momentos de divergências ideológicas.

Após esgotarem-se todas as possibilidades sugeridas, buscam ajuda de outros profissionais da rede. Neste dia a equipe chega a um consenso, primeira tentativa é de realizar uma nova visita domiciliar da ACS3 com a AE1, sendo que o primeiro objetivo nesta situação problema, pactuado em equipe, é criar vínculo com esta família.

Para chegar nesta decisão, houve intervenções diversas que foram mediadas pela enfermeira, a mesma finalizou o assunto expondo as várias alternativas sugeridas pelo grupo, houve um momento de reflexão, instigou a equipe a pensar e eleger o que seria mais adequado para aquela situação, neste momento de decisão, vejo a participação da MED e ENF mais ativa e prática, com poder de síntese mais viável com a realidade, e os ACSs apresentam certa ansiedade em resolver o problema, penso que se justifica pelo fato de pertencerem a comunidade e vivenciarem constantemente situações complexas.

A partir do relato da ACS3, se desencadeou uma discussão visando o compartilhamento dos conhecimentos e vivências, sendo indispensável o diálogo na busca de uma compreensão da realidade que estabeleça as articulações entre os coletivos de pensamento a partir de uma zona de interface.

Esta reunião de equipe é interdisciplinar, pois os processos comunicativos adotados pelos profissionais ampliam as possibilidades de interpretações dos problemas e a busca de seus enfrentamentos. Apresenta-se como possibilidade dos profissionais conhecerem o trabalho do outro e de discutir problemas que aparecem

no cotidiano da equipe. Percebo o esforço dos profissionais em buscar soluções para os problemas enfrentados a partir compartilhamento de saberes. Todo consenso construído se dá a partir da problematização da situação problema, onde cada profissional contribui de alguma maneira, tendo como eixo fundamental a integralidade da assistência e a produção do cuidado.

A metodologia de trabalho nesta atividade pressupõe a possibilidade de repensar as metas e práticas estabelecidas, onde a intervenção adequada hoje, para determinada situação, talvez não seja a mesma adotada em situação semelhante com outra.

Também considero importante, a colocação da MED e ENF quando dizem que a participação de todos é algo a ser enfatizado cotidianamente, apesar de parecer em alguns momentos, um discurso repetitivo, entendem que a troca de saberes pode acontecer em qualquer situação dentro ou fora da Unidade, desde que se tenha um problema comum (objeto fronteiroço).

6.4 VISITA DOMICILIAR

Outro aspecto observado que favorece a construção da interdisciplinaridade pelos profissionais , é a visita domiciliar, conforme descrição abaixo:

[...] neste dia acompanhei a visita domiciliar da ACS3, AE1 e MED, as mesmas foram ao domicílio de um casal de idosos, estes moram sozinhos e isolados da comunidade, ele é portador de diabetes e ela apresenta insuficiência arterial e venosa no membro inferior direito. Ao chegar a ACS3 solicita permissão para entrar na casa, após autorização, ela apresenta ao casal quem veio para a visita, a MED observa as condições de moradia e inicia conversa com o senhor, pergunta como ele está tomando a medicação, pois a ACS3 havia falado anteriormente que os dois são analfabetos e apresentam dificuldades para tomar o remédio adequadamente. Enquanto a AE1 verifica a pressão arterial da

senhora, MED percebe o senhor bem atrapalhado com a mediação, achou várias cartelas espalhadas pela casa. A ACS3 chama a atenção da MED quanto a higienização precária do local e pessoal dos idosos. A AE1 realiza o curativo na perna da senhora e chama a MED para avaliar, informa que está com sinais de infecção [...], a mesma concorda, então a AE1 ensina a senhora em como fazer a limpeza e o curativo da perna, enquanto a MED prescreve. MED indaga quem está ajudando eles com as tarefas de casa, o Senhor fala: *“faz tempos que meus filhos não aparecem, estão trabalhando muito, não gosto de atrapalhar, estão se virando como podem”*. Neste momento as profissionais pactuam com o casal que a ACS3 separará as medicações por doses diárias de cada um, e toda a semana ela trará material para o curativo junto com a medicação, a AE1 pede que neste dia de visita, também a ACS3 peça para olhar a ferida da perna da senhora, e avisá-la se apresentar sinais de calor, pus ou vermelhidão. Na saída, MED conversa com a ACS3 e AE1 sobre a situação destes idosos, acha perigoso os mesmos morarem neste local, em cima de um morro, distante das outras casas, e sem ninguém para cuidá-los, os filhos moram em outra cidade, e que tal situação acaba prejudicando o tratamento, pois os dois tem dificuldade de compreensão e limitações pela idade. A ACS3 fala que a ENF já pensou em acionar a assistente social para que localize algum familiar para expor a situação, a MED e AE1 concordam, falam que devem levar o assunto para a reunião de equipe (DC).

Encontrei nesta atividade, aspectos valiosos que favorecem a formação do vínculo profissional e usuários. A ACS3 ao pedir licença para entrar no domicílio e apresentar os profissionais que vieram com ela, antes da ação propriamente dita, é enfatizado por Miranda (2002), quando fala da importância de chamar o usuário pelo nome, cumprimentá-lo e apresentar-se, para o fortalecimento do vínculo,

demonstrando respeito e responsabilidade para escutar sua história de vida, problemas e necessidades.

O fato de identificarem os problemas que esta família enfrenta, demonstra o quanto a saúde é complexa na concepção destas profissionais, o quanto elas devem compartilhar e trocar saberes para ampliar o conhecimento acerca desta situação. Por isso, é necessário que essa equipe esteja, permanentemente, questionando e repactuando sua lógica de trabalho, considerando a situação de saúde com a qual cuida e tem responsabilidade (PEDUZZI, 2000).

Para realizar o itinerário das visitas domiciliares das categorias profissionais MED, ENF e AE, são levadas em considerações as dificuldades dos ACSs expostas em reunião de equipe, no caso acima em questão, verificou-se a necessidade de avaliação MED e também avaliação da evolução da ferida e orientação quanto ao curativo pela AE1, visto que o casal de idosos não tem como se locomoverem até a Unidade e apresentam-se vulneráveis socialmente.

A indicação explícita da necessidade de visita domiciliar por outros profissionais, a partir da situação problema apresentada pela ACS3, pode ser outra ferramenta que possibilita a prática interdisciplinar. Pois a produção do cuidado pode acontecer no domicílio quando bem indicado, exigindo olhares plurais, principalmente porque requer tanto o acesso às tecnologias necessárias, comandadas pelas tecnologias leves, como por outro lado, pressupõe o uso dos diversos conhecimentos que cada profissional detém (coletivo de pensamento), articulando seus núcleos de competência específicos, a partir de um objeto fronteiriço comum a todos, com a dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém.

Então a visita domiciliar aparece como instrumento fundamental dos profissionais na realização e articulação das ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, estabelecendo uma ação compartilhada entre os membros da equipe.

O cronograma das visitas domiciliares dos profissionais (MED, ENF e AE) é realizado na reunião de equipe. As visitas em sua maioria são planejadas através de

seleção, os ACSs expõem as situações-problemas vivenciadas e que eles apresentam dificuldades em resolvê-las, a equipe avalia e elabora escala seguindo critérios conforme avaliação das necessidades detectadas. As visitas da MED e ENF são organizadas de forma intercalada, com intuito de otimizar recursos, ter alguém de referência na Unidade e permitir que as mesmas consigam realizar visitas em intervalos menores.

Mesmo tendo este cronograma, há possibilidades para possíveis intervenções domiciliares “extras” que surgirem durante a semana. Apesar de ser uma atividade programada, há flexibilidade de horários para sua execução, desde que não interfira em outras atividades e que tenha um objetivo específico para sua realização, considerado indispensável tal ação pelo profissional no plano de cuidados.

ENF, AE2 e ACS3 foram visitar uma senhora portadora de diabetes, que apresenta dificuldades em aderir ao tratamento, internando com frequência devido a descompensação do quadro. Ao chegar no domicílio, a ACS3 solicita ao esposo que a chame pois trouxe a ENF e AE2 para visitá-la. Ela aparece toda desanimada, diz que não está se sentindo bem, refere ter dificuldades de cortar o açúcar da sua dieta, mas que tá tomando a medicação corretamente. Ao medir a glicemia, a AE2 pergunta em que horário ela está tomando a medicação. Ela hesita em responder, a ENF diz para ela não se preocupar, pois não estavam ali para julgá-la, mas tentar ajudá-la neste processo. Até que ela responde que tem piorado desde a morte recente da irmã, “ela se cuidava tanto e não adiantou”, “estou muito desanimada, sem vontade para fazer nada, e ainda por cima meu marido não entende [...] nem meus exames fui fazer ainda, mas avisa a médica pra mim, que assim que eu me sentir melhor eu farei, pois não quero ter o mesmo fim que minha irmã” (DC).

Esta escuta da ENF mobilizou a senhora, fez com que ela falasse dos seus sentimentos, sendo importante para compreensão dos problemas que envolvem a

doença, favorecendo a adesão no tratamento e o contrato de cuidados seja estabelecido, a forma de pensar junto às intervenções, possibilita a autonomia do usuário.

ACS3 escreve num papel e entrega a ENF, onde diz “que a filha do casal fala que eles têm brigado muito, o marido não entende que ela está sofrendo e em vez de ajudá-la, sai de casa com freqüência e fala se ela continuar assim ele vai colocá-la num asilo”. ENF conversa com seu esposo e explica sobre a importância do apoio da família neste momento, problematiza com ele sobre a condição de sua esposa, desencorajando a acomodação, e que ela será beneficiada com apoio da família neste processo. AE1 refere que observou várias cartelas de ansiolíticos, e não lembra da MED ter prescrito, questionou o marido quanto a isso, o mesmo respondeu que as filhas trouxeram para ela dormir e se acalmar (DC).

A combinação da autonomia da usuária e responsabilização da equipe constrói o vínculo, porque no momento em que um se responsabiliza pela saúde o outro consegue lidar um pouco melhor com suas dificuldades, esta relação aproxima os envolvidos, para um objetivo que é cuidar da saúde.

No trajeto, as profissionais dialogam sobre o observado durante a visita, percebo que cada uma contribui com o seu olhar sobre o caso, esta troca de informações possibilitou a equipe reconhecer a complexidade desta situação, e que realmente exige um olhar ampliado pelos vários determinantes que interferem no processo saúde-doença identificado nesta situação.

O trabalho interdisciplinar só é possível se as responsabilidades forem compartilhadas, sem hierarquias, e sim uma troca de saberes e percepções, visando melhorias na qualidade da atenção à saúde do usuário/familiares. Para que esta prática se efetive, concordo com Henrique (2006) quando a mesma refere que os profissionais devem adotar uma postura mais aberta e democrática, fortalecendo o

trabalho coletivo, fomentando um processo de mudança cultural no cuidado das pessoas por parte dos profissionais de saúde e comunidade.

6.5 GRUPOS DE APOIO

As atividades em grupo são realizadas nos Salões Comunitários das microáreas. A Secretaria Municipal de Saúde dispõe à equipe, um veículo para deslocamento dos profissionais durante toda a jornada de trabalho, tal atividade acabou sendo conciliada pela equipe com a comunidade, por intermédio das agentes comunitárias de saúde. A equipe concebe essa decisão como uma possibilidade de estreitamento dos vínculos, facilitado pela comunicação e interação entre os envolvidos no processo de atenção à saúde (equipe e comunidade).

Conforme planejamento da equipe para realização do Grupo, todo mundo têm suas funções definidas para esta atividade. Durante a reunião de equipe é realizado um cronograma dos assuntos a serem abordados com escala dos profissionais, de modo que todos profissionais realizem Grupo de Apoio nas 6 microáreas. Ficou acordado que MED, ENF e AE não participam juntas no mesmo grupo, uma AE sempre fica com a MED ou ENF na Unidade de Saúde. As localidades são distantes, e a comunidade pede que fique alguém responsável durante o turno de atendimento, a equipe concordou e se reveza nesta atividade.

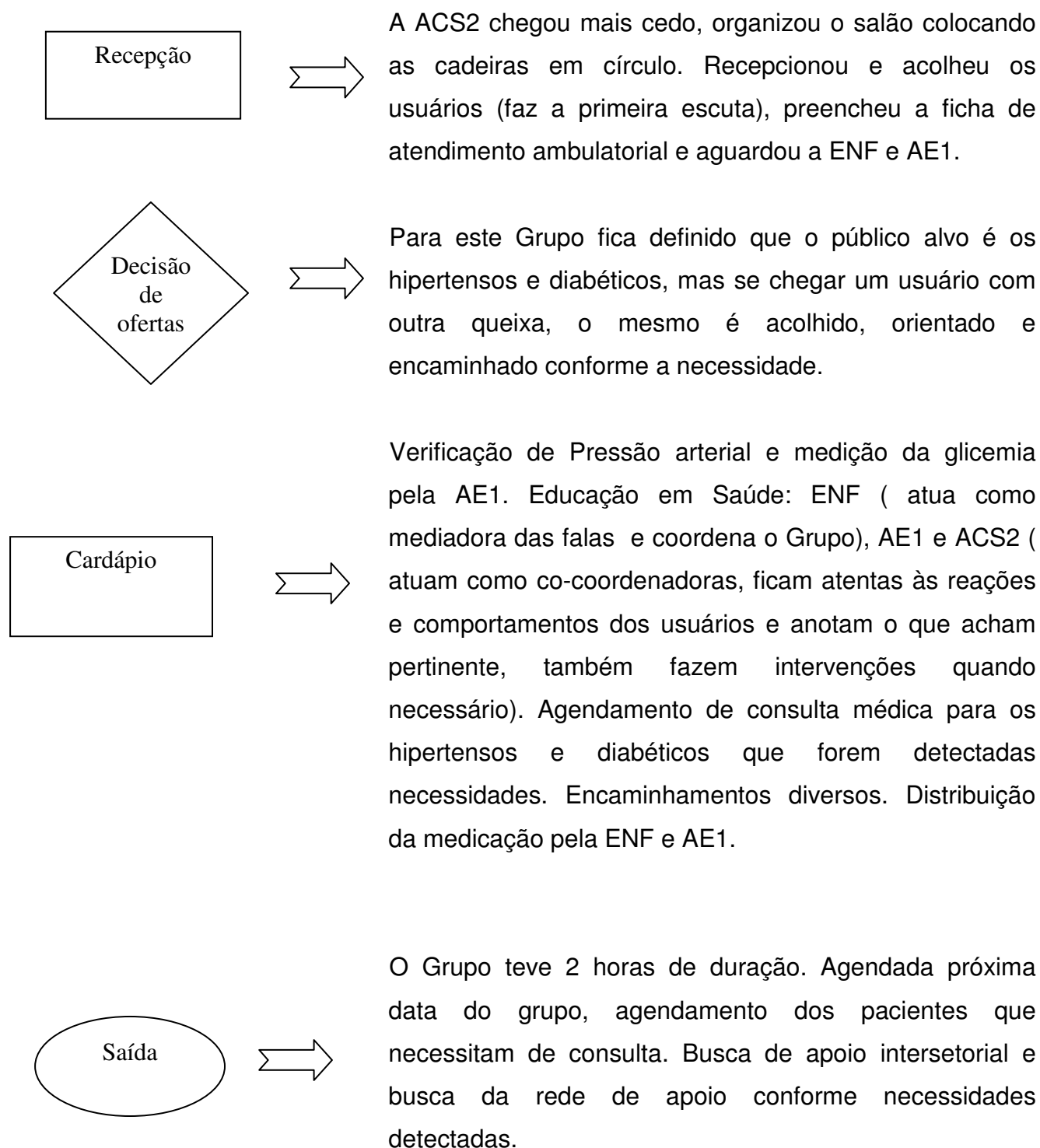
Para melhor entendimento, apresento de forma resumida, as etapas do processo de trabalho do Grupo de Apoio realizado em uma microárea, representadas pelo diagrama abaixo¹³:



Todos os hipertensos e diabéticos da microárea Campo Bonito são convidados previamente pela ACS2 à participarem do Grupo de Apoio.

Neste dia chegaram 12 hipertensos, conforme data e horário pré-determinado.

¹³ Fluxograma criado por Merhy (2007, p.74), utilizado como ferramenta analisadora de processo de trabalho, já descritas no sucapítulo 5.2.5.



Nesta ação se percebe um processo de trabalho em saúde permeado pelas relações de acolhimento, de vínculo, com conteúdo de intervenção terapêutica das tecnologias leves e leves-duras, pois houve articulação de saberes através de um objeto fronteiriço. A ACS2 recepcionou os usuários da sua microárea, de forma comprometida, isto é, acolheu todos que chegaram independente do motivo. Diz ter

sido preparada para acolher os usuários, resolver aquilo que lhe compete, que pode ser desde uma orientação até um encaminhamento, se fica na dúvida, aguarda a chegada da ENF e a AE1. A ACS2 atua conforme seu núcleo de competência, mas aquilo que foge da sua especificidade encaminha de forma responsável, tornando-se co-responsável no processo de atenção à saúde.

[...] “já aconteceu de uma gestante muito nervosa chegar no Grupo pedindo ajuda, ela tava com cólica e disse que não sentia mais o bebê se mexer na barriga, me vi mal aquele dia, mas acolhi ela, pedi pra ela sentar, me contar o que aconteceu, tentei mantê-la calma até a equipe chegar, quando a ENF chegou, avaliou e pediu pra AE1 acompanhá-la até a Unidade de Saúde pra MED examiná-la, imagina se eu tivesse mandado ela embora só porque era dia de grupo, não tem como né, é desumano - (ACS2) (DC).

Podemos dizer que neste processo concretiza-se um trabalho de equipe integrado, que toma centralmente um conjunto de sabedorias e de práticas com a finalidade de intervir de forma co-responsável. Isto é criar possibilidades para o trabalho interdisciplinar, onde cada um reconhece os limites de sua ação, e articulam as informações e saberes para solucionar de forma responsável uma situação problema.

Concordo com Franco e Merhy (2007) quando dizem que o acolhimento universaliza o acesso, e esta escuta qualificada, assume um compromisso com a resolução do problema de saúde, dando sempre uma resposta positiva e encaminhamentos seguros quando necessários, possibilitando a cada profissional, novas práticas, a partir dos micro-espacos de trabalho e poder.

Durante a atividade, surgiu outro momento interdisciplinar que me chamou a atenção.

[...] ao detectar a pressão arterial elevada de uma senhora, a AE1 questiona se ela está tomando a medicação corretamente

e se tem diminuído o sal da comida, a ENF escuta e fala que vai conversar com a ACS2, pois já conhece as condições da paciente, a senhora mora sozinha e não toma a medicação corretamente por esquecimento, nesta hora a ACS2 refere que pode ver se algum vizinho se disponibiliza em administrar essa medicação diariamente, por viverem numa comunidade rural, há um espírito de cooperação entre a comunidade, fator esse de conhecimento da ACS2 (DC).

Para haver este diálogo entre as profissionais, existe uma situação-problema, a paciente hipertensa, objeto fronteiro, que favorece a comunicação entre as profissionais, neste momento, cada profissional de acordo com sua especificidade e experiência (coletivo de pensamento) articulam-se no sentido de agregar conhecimentos, habilidades e atitude para a produção do cuidado em saúde. Também podemos considerar que a hipertensão é uma área comum a todos os profissionais da ESF, onde cada um contribui com sua especificidade e experiência, pertencendo em algumas situações ao círculo esotérico e em outras ao círculo exotérico.

[...] terminado a primeira etapa, a ENF expõe os assuntos a ser discutidos no Grupo, conduzindo a situação de forma que os usuários são estimulados a falarem das suas crenças, valores, sentimentos, situações de vida e experiências, utilizou expressões do tipo: “como vocês lidam com a situação de tomar remédio todos os dias”? “acho que não entendi o que a senhora quis dizer com a palavra sacrifício, pode me explicar” (ENF). AE1, ENF e ACS2 escutam atentamente os usuários para compreenderem as atitudes e comportamentos diante da doença, para mediante esta troca de informações, possam orientar, positiva e efetivamente para o atendimento conforme as necessidades de saúde expostas e consolidarem práticas emancipatórias (DC).

Conforme Carvalho (2001) a construção do conhecimento implica uma interação comunicacional, em que sujeitos com saberes diferentes, e horizontalizados, se relacionam a partir de interesses comuns. Para haver práticas interdisciplinares, é necessário a circulação dos diversos coletivos de pensamento, facilitados por um objeto fronteiriço, propiciando a construção do cuidado à saúde em conjunto a partir do enfrentamento coletivo e individual através de situações-problemas expostos.

Fica claro que a competência para cuidar se engendra em áreas de saberes e práticas que não pertencem a nenhum profissional especificamente, assim, possibilitam a troca de saberes entre eles e a comunidade (HONORATO, 2007).

Também podemos pensar que na produção de um ato de saúde coexistem vários núcleos, como o núcleo específico definido pela intersecção entre o problema concreto que se tem diante de si e o recorte profissional do problema, ou seja, os diferentes olhares dos coletivos de pensamento para o objeto fronteiriço.

Dependendo qual for a intersecção produzida, haverá sempre outro núcleo operando a produção dos atos de saúde, que é o cuidador, no qual atuam os processos relacionais do campo das tecnologias leves, e que pertence a todos os trabalhadores em suas relações interseçoras com os usuários (Mehry, 1999).

Num segundo momento do Grupo, a comunidade fala para as profissionais da possibilidade de no verão os Grupos serem realizados no final da tarde, assim haveria mais participação, não precisariam mandar os familiares [...] falam também da falta de horários flexíveis para pegar o ônibus, se perdem o horário, não conseguem chegar ao trabalho, fato este que dificulta vaga de emprego dos mais jovens da família, quando dizem que moram nesta localidade,[...] a ENF, AE1 e ACS2 escutam atentamente e diz que a primeira situação já foi percebida pela equipe, inclusive descaracterizando o Grupo de apoio nesta época, ENF fala: “já que vocês perceberam e estão dispostos a participar em outro horário, não vejo problema em

compartilhar com a equipe esta situação, repassando à Coordenação da ESF este pedido, assim todos serão beneficiados” (ENF). A equipe já havia pensado nesta possibilidade, até para facilitar as demais atividades durante este período, já na segunda exposição, a ENF pede que os mesmos através da Associação de Moradores, façam um documento assinado solicitando aumento dos horários de ônibus e enviem a empresa de transporte, mas que ela levará o caso para reunião para saber opinião dos colegas a respeito deste procedimento, diz que no próximo encontro, o assunto será retomado com possíveis alternativas e pede para que os mesmos também pensem sobre o assunto e tragam sugestões (DC).

Esta abertura que a equipe propicia à comunidade, confirmada pelo relato acima, confirma a valorização e a responsabilidade coletiva na construção de novas possibilidades.

Nesse sentido, a lógica da produção de serviços desta equipe está centrada no usuário/família tendo como finalidade a produção do cuidado, na perspectiva da autonomização do sujeito, orientada pelo princípio da integralidade e requerendo como ferramentas a interdisciplinaridade, a intersetorialidade em busca da humanização do serviço e a criação de vínculos usuários e profissionais.

Refletindo sobre o que foi observado neste Grupo, vejo o processo de trabalho pautado no modelo que se propõe a seguir o eixo das necessidades do usuário através do trabalho de equipe interdisciplinar, caracterizada pelas tecnologias leves do trabalho vivo em ato expressando-se através de processo de produção dialético.

Para Souza et al. (1993), 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.

Os profissionais nesta atividade atuam como facilitadores através de uma abordagem emancipatória e crítica, adotam uma postura ética e humanizada, contribuindo cada qual sua especificidade e experiência, através da comunicação oral, escrita, por gestos e olhares, conforme julgar necessário em determinado momento e/ou a situação requerer.

No cronograma de trabalho da equipe estão determinados os dias dos Grupos de Apoio conforme microáreas do território e planejamento da equipe, nestas atividades sempre participam um profissional de nível superior e dois de nível médio. Estes Grupos acontecem na própria comunidade, em salões comunitários, pela dificuldade de acesso dos usuários à Unidade de Saúde e por falta de sala na estrutura física. Então houve um consenso da comunidade com a equipe, em realizá-las em local diferenciado.

Tomar a decisão em conjunto ao realizar uma atividade é uma expressão de interação entre profissionais e comunidade, pois frente aos impasses, esta experiência permite mostrar a dupla face do trabalho, singular e coletiva, indissociável e inseparável de um pensar, decidir, fazer e avaliar (BARROS, 2007). As ações de saúde com valores universais implicam diretamente a produção de cidadania (HONORATO, 2007). Isto quer dizer que para chegar à decisão de fazer o Grupo fora da Unidade, houve uma ação pautada por valor democrático, como o direito e a responsabilidade, através do diálogo, negociação e consenso.

Como a execução do Grupo é uma atividade planejada, pude acompanhar os profissionais até a comunidade para observar a dinâmica do trabalho em equipe no Grupo de diabéticos da microárea Águas Claras, considerada a mais distante da Sede da Unidade de Saúde.

Esta atividade foi desenvolvida pela MED, AE2 e ACS5. Já estava no salão comunitário a ACS5 quando chegamos. Sua tarefa é convidar os diabéticos a participarem da atividade grupal, organizar a sala do Grupo, recepcionar os usuários e

repassar informações pertinentes observadas no período aos profissionais MED e AE2. Ao chegar todos são cumprimentados pelas profissionais, a AE2 explica os procedimentos a serem realizados e a proposta de trabalho do dia, todos concordam. A AE2 chama os usuários pelo nome para medirem a glicemia, a MED verifica a pressão arterial, enquanto a ACS registra nas carteiras de acompanhamento tais valores aferidos. Essa atividade durou em média 30 minutos (DC).

Achei melhor explicitar anteriormente a organização do trabalho grupal para melhor entendimento do desenvolvimento durante a execução. Então cada profissional tem sua atribuição específica nesta atividade, mas há espaço para interação entre elas e estas com os usuários, há acordos para que tal ação atinja os objetivos.

Após esta etapa, a MED começa a falar sobre o uso das medicações de maneira correta e orientações para controle do diabetes, numa linguagem acessível e clara, fazendo com que eles manifestem o que pensam e sentem sobre o assunto, neste momento há muitas intervenções dos usuários sobre dúvidas e sentimentos acerca da doença. AE2 fala sobre a aplicação da insulina (cuidados), a médica aqui também oferece suporte para o manejo dos problemas diários decorrentes da doença. Um diabético expõe a dificuldade de cuidar da alimentação, outro fala de insônia e assim de algum modo, todos acabam interagindo e acabam se sentindo parte do processo mediante troca de informações e diálogos. Após acabarem esta etapa todos se despedem e agendam o próximo grupo. Nesta ação identificamos um objeto fronteiroço, paciente com diabetes (DC).

A ACS5 fala sobre fulano X, diz que este senhor não aceita a doença como crônica, continua bebendo e fumando, a esposa não sabe mais o que fazer, “viu como a glicose dele em jejum tava alta?” (ACS5), a AE1 diz que não adianta ela ficar ansiosa, o que importa é saber como ele está se sentindo diante deste problema, que apesar das dificuldades e limitações ele vem freqüentando os Grupos. A MED fala para a ACS5 não se preocupar somente com a doença do paciente, mas também com os aspectos emocionais dele e da família (esposa) devendo estar atenta a estes sinais psicossociais, visto da dificuldade deste paciente em aderir ao tratamento (DC).

Durante a execução da atividade, observo que a ACS5 ouve atentamente as falas do Grupo e anota em um caderno, MED sempre incentiva a participação dos usuários nesta etapa, prefere trabalhar com questões trazidas por eles, a comunidade está a vontade para expor suas dificuldades, também em alguns momentos, falam de suas experiências positivas, ensinando o Grupo, há uma troca de saberes que pressupõe várias visões sobre determinado problema.

A atividade de Educação em Saúde na ESF prevê práticas dialógicas emancipatórias, fazendo com que as pessoas possam ampliar o controle sobre suas condições de vida através da participação em grupos (CHIESA, 1995). Trata-se de uma assistência integral, visando autonomia do sujeito e melhoria da qualidade de vida. Esta atividade propiciou a reflexão das profissionais acerca dos seus processos comunicativos (Grupos), pois cada diabético é diferente um do outro, independente de ter a mesma patologia, tem estilo de vida diferente, cultura diferente, e outros condicionantes que podem favorecer ou prejudicar o autocuidado.

No relato de uma usuária, observei a construção do vínculo entre as profissionais e comunidade, fortalecendo a responsabilização coletiva.

[...] “doutora, esse mês, não me cuidei, recebi visitas das filhas com os netos e exagerei na comilança, não me cuidei mesmo, passei mal fui até para o hospital, meu açúcar foi nas alturas[...]

não quero que aconteça mais isso, já falei pra minhas filhas o próximo ano elas vão ter que fazer dieta comigo, se querem me ver bem, porque estraguei as férias de todo mundo [...] quero viver muito ainda, mas tenho que me cuidar né, só o remédio não faz milagre, a ENF sempre fala que tenho que fazer a minha parte também” [...] (depoimento de uma diabética no Grupo)(DC).

Considero a atitude de escutar o outro para compreender quais são suas crenças, sua situação e suas possibilidades, uma forma de fazer com que eles exerçam seu papel de cidadão, cada um escolhendo o caminho mais apropriado para promover, manter e recuperar sua saúde. Estas profissionais propiciaram espaço para escuta dos usuários, esta se deu de forma dialógica, confirmada pela confiança desta usuária em expor sua situação de forma crítica. Percebe-se a valorização de todos neste processo, cada uma contribuiu com suas especificidades e experiências de vida, tornando o trabalho dinâmico.

Concordo com Chiesa (1995) quando diz que o objetivo do grupo é promover a interação entre os profissionais de saúde e os usuários através do diálogo, fazendo com que os usuários adquiram o controle sobre a vida nas experiências do processo saúde-doença e participem desta mudança, através da Educação emancipatória produzida pelos profissionais.

No final, as profissionais dialogam sobre o observado durante a atividade e de que forma vai ser abordado ou conduzindo as situações- problemas identificadas. Esta interação em busca de um consenso ou até mesmo de compartilhamento de idéias, chamo de prática interdisciplinar.

[...] AE1 comenta sobre um usuário: [...] “estava muito agitado hoje, a pressão estava elevada, e ele falou que está tomando o remédio certinho (AE1), “há eu já sei porque, a filha dele saiu de casa e levou o neto, ele não aceitou a saída dela, acho que porque tem medo que os dois passem trabalho, ele é muito apegado ao neto” (ACS5), a MED diz: “temos que ficar atentas,

lembram da vez em que a filha viajou, ele parou com os remédios, ficou depressivo e parou de vir nos Grupos, vamos ficar mais vigilantes desta vez” [...]

A equipe acaba tecendo a interdisciplinaridade com situações identificadas no Grupo de Apoio, ampliando completamente seus olhares sobre determinada situação, a preocupação não é somente clínica, mas sim o reconhecimento de como questões pessoais, valores de vida, condições sociais e formas de enfrentamento de problemas fazem parte desta complexidade que é o processo saúde-doença.

Analisando todas as situações expostas acima podemos considerar que os problemas de saúde são resultados de um processo complexo e dinâmico que se produz no interior da sociedade e cabe a nós profissionais apreendê-las para que o nosso “fazer” seja pautado na produção de cuidados. E quando se fala que o problema da efetivação da proposta da ESF está no processo de trabalho, este é colocado em prática por pessoas, então cabe a nós reorganizá-lo de forma a rever nossas concepções e valores para substituir a prática atual com ênfase na doença para a prática na produção do cuidado através do trabalho em equipe interdisciplinar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo está vinculado ao projeto-mãe denominado “Avaliação do Processo de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família”.

Quando iniciei este estudo, surgiram vários questionamentos, algo no sentido, de como será que vem sendo desenvolvido o trabalho em equipe na ESF, que práticas os profissionais vêm desenvolvendo?

Tomando como base as observações realizadas no processo de trabalho desta equipe, caberia dizer que a implantação da ESF por si só não consegue interferir no processo de trabalho das equipes, pois sabemos que os fazeres do cotidiano de cada profissional, em última instância são o que define no perfil da assistência. Esta só será efetivada a partir do concebimento do processo saúde-doença ampliada pelos profissionais. Desta forma, apresentarei uma síntese das questões observadas a partir da coleta de dados, relacionando com os meus pressupostos e objetivos.

O objeto de estudo desta pesquisa foi às práticas interdisciplinares do trabalho em equipe na Unidade Saúde da Família do município de Torres/RS. A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista estruturada para caracterizar os profissionais e a observação participante para descrever a construção das práticas interdisciplinares através das ações/situações encontradas durante o cotidiano de trabalho dos profissionais.

A descrição dos dados coletados foram organizados e apresentados da seguinte forma: A construção da prática interdisciplinar através de categorias que facilitam esta ação: perfil e atitude dos profissionais, organização do processo trabalho para a coordenação do cuidado, referência/ contra referência e formas comunicativas não verbais. No processo de trabalho também foram encontradas situações que dificultam tal prática: precarização do trabalho, estrutura física inadequada, dificuldade de acesso, valorização do saber médico, utilização dos serviços nas condições agudas das doenças, falta de continuidade das ações e valorização das atividades curativas nos relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Destaco que todas as fragilidades são superadas pela equipe de forma criativa, não interferindo de forma negativa na construção da prática interdisciplinar. Observou-se também que as ações em saúde atribuídas à equipe como o Planejamento Estratégico, Acolhimento, Reunião de equipe, Visita domiciliar e Grupos de apoio se apresentam como práticas propiciadoras de trabalho interdisciplinar.

Neste recorte descrevi e analisei como está sendo organizado o processo de trabalho na ESF, e como os profissionais realizam as práticas interdisciplinares no seu cotidiano.

O trabalho em equipe interdisciplinar apresentou-se como mudança do modelo assistencial centrado na prática hospitalocêntrica para ações sem saúde sob a ótica da integralidade, que ainda está sendo construída, centrado na comunicação entre os profissionais, levando em conta toda a complexidade do processo saúde-doença. Além de possibilitar a inversão da assistência centrada nas tecnologias leves duras e duras, para uma assistência centrada nas tecnologias leves e leves duras.

Esta equipe de ESF possui profissionais responsáveis pela saúde da população adscrita, confirmado pelo trabalho integrado que realizam, e estes percebem a prática interdisciplinar como norteador do processo de trabalho, como um espaço para o diálogo com trocas de informações e conhecimentos, assumindo uma responsabilidade coletiva. Apesar de existir um cronograma de atividades a serem realizados por cada profissional, nos momentos em que um identifica uma situação-problema, há uma necessidade dos profissionais em compartilhar tal situação buscando resolvê-la da forma mais dinâmica e compartilhada. O que confirma que a prática interdisciplinar está presente durante o processo de trabalho, proporcionando um ambiente de confiança entre os envolvidos e maior resolubilidade das ações.

O acolhimento surgiu como facilitador da prática interdisciplinar, apesar de existir um fluxograma para tal ação, no momento em que a queixa foge do núcleo de competência, a mesma é compartilhada com um ou mais membros da equipe, fazendo com que lancem mãos da tecnologia leves e leve duras para estabelecerem uma relação mais próxima e dialógica, estando presente o trabalho vivo.

Outro aspecto que gostaria de destacar referem-se às ações em saúde programadas como visita domiciliar e grupos de apoio, possibilitou-me verificar que sempre que há uma situação problema detectada por um profissional, este reconhece sua limitação e busca através do diálogo, um olhar ampliado para melhor resolver tal situação, fortalecendo o trabalho coletivo e compartilhado.

Outra questão importante para a prática interdisciplinar na ESF se refere à concepção do processo saúde-doença dos profissionais. Quando o profissional concebe a complexidade deste processo ele acaba buscando uma interação dialógica com outros profissionais, ampliando o olhar sobre determinada situação.

Notei durante as observações, que os obstáculos enfrentados pelos profissionais da equipe como a estrutura física inadequada, a dificuldade de acesso dos usuários à Unidade e outros inerentes à cultura da população, são superados pela equipe, estes buscam mudanças em suas práticas através de um trabalho criativo e emancipatório com a comunidade, orientados para uma nova intervenção que enfatiza as ações de prevenção e promoção.

Um dos pressupostos deste estudo foi que a prática interdisciplinar teria potencialidades para organizar o processo de trabalho em saúde sob a ótica da integralidade, assumindo portanto uma responsabilidade compartilhada e melhor resolubilidade das ações em saúde.

Parto da premissa que o “trabalho é vivo em ato”, nós que produzimos em contato com o outro, no momento de troca e interação. Se não houver este diálogo através do trabalho em equipe interdisciplinar, não estaremos contribuindo para a efetividade do princípio da integralidade no processo saúde-doença. Este pressuposto se confirmou, pois o processo de trabalho organizado na equipe estudada aponta para a construção de práticas interdisciplinares, apesar das dificuldades encontradas, tendo como objetivo principal a integralidade na atenção à saúde.

O objetivo geral da pesquisa foi descrever como são construídas as relações interdisciplinares pelos profissionais na ESF no seu cotidiano. Tal objetivo foi alcançado, pois através das observações realizadas no campo de estudo, pude identificar e descrever como esta equipe estabelece as relações interdisciplinares através das ações em saúde.

Assim, ressalto a relevância deste estudo, pois o mesmo contribuiu para detalhar a organização do processo de trabalho na ESF voltado para práticas interdisciplinares, estabelecendo uma possibilidade de atenção integral, centrada na equipe/usuário, possibilitando uma ação mais resolutiva e qualificada. Também contribui para o estudo mais aprofundado do trabalho em equipe enquanto tecnologia de relações, e a possibilidade de utilizar mais as tecnologias leves e leves- duras no trabalho em saúde.

Sendo assim, acredito que este estudo possa ajudar a equipe da ESF estudada e outras equipes de ESF a olharem para suas ações em saúde, na busca de desenvolverem potencialidades para o trabalho interdisciplinar, enquanto ferramenta de estratégia de reversão do modelo assistencial. Outra contribuição bastante importante se refere ao convite para algumas reflexões sobre o trabalho em saúde, para que as equipes da ESF possam praticar uma atenção à saúde integral

possibilitando maior resolubilidade do trabalho e melhoria da qualidade de vida da comunidade onde atuam.

Temos, portanto um caminho a percorrer, pois este estudo nos possibilitou identificar as possibilidades de construir um trabalho em equipe interdisciplinar, mas sem dúvida precisa ser mais discutido e problematizado, inclusive no sentido de incorporar à prática interdisciplinar visando instituir mudanças na perspectiva dos princípios norteadores da APS e fortalecimento SUS/ESF.

Enfim, a Estratégia Saúde da Família, em seu modo de operar os serviços de saúde, constitui-se num processo, e, assim sendo, não está concluído, sendo um desafio para os profissionais estabelecerem um plano de ação que se volte para uma ação cuidadora, com responsabilidade integral sob a população adscrita, sendo esta compreendida como parceira da equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.C.P. DE.; MISHIMA, S.M. **O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família**: construindo “novas autonomias” no trabalho. Revista Interface- Comunicação, Saúde, Educação, n.9, ago, 2001.
- ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do Sistema Único de Saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. *In*: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. **Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.
- AYRES, J.R.C. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.63-72, 2001.
- ARAÚJO, M.B DE S.; ROCHA, P. DE M. **Trabalho em equipe**: um desafio para a consolidação da estratégia saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.455-64, 2007.
- BAPTISTA, T.W de F. **O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele**. *In*: _____ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.11-41.
- BARROS, F.S.; PINHEIRO, R. Notas teóricas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde. *In*: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS, 2007.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano** – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. **Investigação Qualitativa em Educação**. Porto: Porto, 1991. Revisado por Saupe, R. 2005.

BONALDI, C et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em 4 localidades brasileiras. *In*: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS, 2007.

BORGES, R; DOHN, M. O Trabalho de Equipe Interdisciplinar. *In*: CUTOLO, L.R.A. (Org.). **Manual Terapêutica Assistência a Família**. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006.

BRASIL; Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. **Anais**, Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. **Assessoria de Comunicação Social, ABC do SUS**. 2 ed. Brasília, 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**: Fundação Nacional de Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília, 1998a.

_____. Ministério da Saúde. **Programas e Projetos-Saúde da Família**. Brasília, p.1, 1998. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/.htm>>. Acesso em 10 fev. 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.1444**, de 28 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prática do PSF**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **NOAS-SUS 01/2002**. Portaria n. 373, de 8 de fevereiro de 2002.

_____. Ministério da Saúde. **HUMANIZA SUS**: acolhimento com classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Diário Oficial da União. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria N. 648**, de 28 de março de 2006. Diário Oficial da União. Brasília, 2006a.

CALMON, A.M.Z.; MAUAD, N.M.A. **Desatando os nós do trabalho em equipe**. Revista APS, v.6, n.1, p.41-5, jan./jun. 2003.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde: *In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). Inventando a mudança na saúde*: Hucitec, 1994. p. 29-87

_____. **Desafios para os novos modelos de gestão**: prioridade é fortalecer a Rede Básica. p.15-29, 1997.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições- o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, B.G.; MARTIN, G.B.; CORDONI JR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. *In: ANDRADE, S.M.; SOARES, S.A.; CORDONI JR., L. (Org.). Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2001. 27-59p.

CARVALHO, M.A.P.; ACIOLO, S.; STOTZ, E.N. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação do ponto de vista popular. *In: VASCONCELOS, E.M. (Org.). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CHIESA, A.M.; VERÍSSIMO, M.R. A Educação em Saúde na prática do PSF. *In: _____.* **Manual de Enfermagem/Intituto para o Desenvolvimento da Saúde**. Brasília: Universidade de São Paulo, 2001. 34-42p.

CHIESA, A.M.; WESTPHAL, M.F. **A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde**. Saúde em Debate, n. 46, p. 19-22, 1995.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri/ABRASCO, 1991.

_____. **O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS**. Cadernos Saúde da Família, v.1, p. 10-5, jan./jun. 1996.

COTTA, R.M.M. **Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família**: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde. v.15, n. 3, jul./set. 2006.

CUTOLO, L. R. A. **Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC**. 2001. 226 p. Tese (Doutorado em Educação). Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

_____. **O SUS e a formação de Recursos Humanos**. Arquivos Catarinenses de Medicina. Florianópolis, v.32, n.2, p.49-59, 2003.

_____. Bases Epistemológicas da Interdisciplinaridade. *In: SAUPE, R.; WENDHAUSEN, A.L.P. (Org.). Interdisciplinaridade e saúde*. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2007. p. 17-26.

FERRI, S.M.N. **As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de Saúde da Família** – Elemento analisador da qualidade do cuidado prestado? 2006. 126p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

FLECK, Ludwik; **La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico**, Madrid: Alianza Editorial, 1986.

FEUERWERKER, L.; COSTA H. **Intersetorialidade na Rede Unida**. Divulgação em Saúde para debate, São Paulo, n.22, p. 25-35, dez. 2000.

FLICK, Uwe. **Uma introdução a pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FORTUNA, C.M. **O trabalho de equipe numa Unidade Básica de Saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades - Em busca do desejo, do dever e singularidades**. Dissertação (Mestrado), 1999. 236p. – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.B.; MERHY, E.E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim Minas Gerais, Brasil**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p. 345-353, abr./jun.1999.

FRANCO, T.B.; PANIZZI, M.O. O “acolher Chapecó e a mudança do processo de trabalho no Programa Saúde da Família. *In*: _____ **Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da ABRASCO**. Brasília: ABRASCO, v.1, 2003. P.46

FRANCO, T.B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento. *In*: MERHY, E.E et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2007.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES, JR. H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. *In*: MERHY, E.E et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____.; MERHY, E.E. Programa Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. *In*: MERHY, E.E et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2007.

GIL, C.R.R. **Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família: Sinergias e Singularidades no contexto brasileiro**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.6, jun., 2006.

GIOVANELLA, A.L. et al. **Sistemas Municipais de saúde e a Diretriz da Integralidade da Atenção: Critérios para Avaliação**. Saúde em Debate, São Paulo, v.26, n.60, p.37-61, 2002.

GOMES, R.S. et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. *In*: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS, 2007.

HENRIQUE, F. Atenção Primária em Saúde: História, Contexto, Conceitos e Tendências no Brasil e em Santa Catarina. *In*: CUTOLO, L.R.A (Org.). **Manual Terapêutica Assistência à Família**. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006.

HONORATO, C.E.M.; PINHEIRO, R. "Trabalho político": construindo uma categoria analítica para análise da integralidade como dispositivo do trabalho em equipe na saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.; BARROS, M.E.B.. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC: ABRASCO, 2007

IBGE. cidades@(torres-rs). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 01 jan. 2008.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KANTORSKI, L.P. **As transformações do mundo do trabalho e a questão da saúde algumas reflexões preliminares**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v.5, p. 5-15. Abr.1997.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N.G. **Saúde da Família**: a procura de um modelo anunciado. Cadernos Saúde da Família, Brasília, n. 1, p.5-12, jan./jun. 1996.

LOUZADA, A.P.F.; BONALDI, C.; BARROS, M.E.B. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.; BARROS, M.E.B.. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 37-52.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, M. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "Transição da Democracia" – Anos 80**. Saúde em Debate, São Paulo, v. 32, n.3, p. 27-30, 1991.

MACHADO, M.H.; BELISÁRIO, S.S. O político e o técnico: as encruzilhadas do planejamento. *In*: GIOVANELA, L. **Planejamento estratégico e programação em saúde: textos de apoio ao ensino em saúde coletiva**. Rio de Janeiro: ENSP, 1992. P. 7-13

MALTA, D.C et al. **Mudando o processo de trabalho na rede pública**: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. Saúde em Debate, São Paulo, v. 24, n.56, p.21-34, set./dez, 2000.

MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J. **Administração e liderança em enfermagem**: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2005.

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: IMS – UERJ/ABRASCO, 2001.

_____. **Integralidade e a formulação de Políticas de Saúde.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.DE. (Org.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* Rio de Janeiro: UERJ/IMS, ABRASCO, 2003.

MENDES, E. V. **A Evolução Histórica da Prática Médica, Suas Implicações no Ensino, na Pesquisa e na Tecnologia Médica.** Belo Horizonte, PUC/FINEP, 1985.

_____. **A Atenção Primária no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES GONÇALVES, R.B. **Práticas de Saúde:** Processo de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992.

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiamente reorganizar o processo de trabalho de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994. P. 117-160.

_____. O Ato de Cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde. **Mimeo.** DMPS/FCM/UNICAMP – SP, 1999.

_____. **Um ensaio sobre o médico e suas valizes tecnológicas.** Interface: Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v.6, p. 109-116, 2000.

_____, E.E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: _____; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.

MINAYO, M.C.S **O desafio do conhecimento:** Pesquisa qualitativa em saúde. 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MIRANDA, C.F.; MIRANDA, M.L. **Construindo a relação de ajuda.** 6 ed. Belo Horizonte: Crescer, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Alma Ata 1978 – **Cuidados Primários de Saúde.** Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. OMS/UNICEF. Brasil, 1979.

PAIM, J.S. **Saúde, Política e Reforma Sanitária.** Salvador: CEPS-ISC, 2002.

_____. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI.** Salvador: EDUFBA, 2006.

PEDROSA, J. I.S; TELES, J.B.M. **Consenso e diferenças entre equipes do Programa Saúde da Família.** Revista de Saúde Pública, v.35, n.3, p.303-11, 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre o trabalho e interação. 1998. 252 p. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

_____. **Equipe Multidisciplinar de Saúde**: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública, v.35, n.1, p.103-9, 2001.

PEDUZZI, S.A. **O enfermeiro no PSF**. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2000.

_____. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações do trabalho. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A DE.; BARROS, M.E.B.DE. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC: ABRASCO, 2007. P. 161-77.

PEREIRA, M. J. B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar**: potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem. 2001. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2001

NETO, M.M. da C. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. *In*: Ministério da Saúde. Brasília: DAB, 2000.

SAITO, R.X DE S. Políticas de Saúde: Princípios, Diretrizes e Estratégias para a estruturação de um Sistema Único de Saúde. *In*: OHARA, E.C.C.; SAITO, R.X DE S. (Orgs.). **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008. p.21-60.

SCHÄFFER, L.; SCHNELLE, T; Los Fundamentos de la Visión Sociológica de Ludwik Fleck de la Teoría de la Ciencia. *In*: FLECK, L. **La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico**, Madrid: Alianza Editorial, 1986.

SHERER, E.A.; CAMPOS, M.A. **O trabalho de equipe interdisciplinar em Saúde Mental – uma revisão da literatura**. Estudos em Saúde Mental, 1987. p. 264-85.

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 : Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v.9, n.16, p.25-38, 2005.

SOUZA, A.M.A et al. **Processo Educativo nos Serviços de Saúde** – Série Desenvolvimento de Recursos Humanos. Brasília: OPAS, n.1, 1993.

STAR, S.L.; GRIESEMER, J.R; Institutional Ecology, “Translations” and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Bekerley’s Museum of Vertebrate Zoology, 1907 – 39. **Social Studies of Science**, Bekerley - CA (USA), v. 19, p. 387-420, 1989.

TEIXEIRA, C.F. **Saúde da Família, promoção e vigilância**: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. Rev. Brasileira de Saúde da Família, p.10-23, 2004.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1990.

VASCONCELOS, E.M. **Educação Popular e Atenção à Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

VIANNA, A.; DAL POZ, M.R. **Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Abril, 1998.

XAVIER, J.; MACHADO, K. **Equipes e unidades de saúde mais perto do cidadão**. Rio de Janeiro: Radis, n.34, 2005.

ANEXOS

ANEXO A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**DIÁRIO DE CAMPO
REGISTROS**

Data:		Horário	
Parte descritiva		Parte reflexiva	
1. Descrição do espaço físico		1. Reflexões sobre o método	
2. Descrição dos sujeitos		2. Reflexões sobre a análise	
3. Descrição das atividades realizadas		3. Reflexões sobre conflitos e dilemas éticos	
4. Reconstrução dos diálogos		4. Reflexões sobre o ponto de vista do observador	
5. Acontecimentos particulares		5. Pontos para clarificação	
6. Comportamento observador			

Memorando

SAUPE, 12/06/2005, revisado em 11/10/2005

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convite à participação em uma pesquisa sobre “**Práticas do Trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família**”. Através deste instrumento, estamos convidando o sr. (a), para participar desta pesquisa, que tem como objetivo analisar as práticas do trabalho em equipe no processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cuja metodologia apresentará as seguintes etapas: coleta de dados através de técnicas de entrevista estruturada, de observação participante e discussão grupal, posteriormente análise, interpretação dos dados e resultados.

Embora venha aceitar a participação nesta pesquisa, está garantido que poderá desistir a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso, informar sua decisão de desistência, de maneira que lhe for mais conveniente. Fui esclarecido (a), ainda que por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não terei direito a nenhuma remuneração. A participação na pesquisa não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza.

Os dados referentes ao (a) Sr (a) serão sigilosos e privados, sendo que poderei solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação da mesma, e serão utilizados para fins acadêmicos de pesquisa e divulgação de conhecimento sobre o tema. Caso concorde com estes termos solicitamos o preenchimento e assinatura neste documento, conforme segue:

Eu, _____, documento nº _____ declaro que concebo, de forma livre e esclarecida, participar do estudo sobre “Práticas do Trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família” desenvolvido sob responsabilidade da enfermeira Karin Hamerski Madeira, aluna do curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho – CCS da UNIVALI Itajaí/SC, conforme objetivos e metodologia expostos:

Meu tel para contato: 47 33632394/99583216

Local, _____/_____/2007

Assinatura

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Município:

Local:

Data:

Horário:

Caro profissional estamos realizando um trabalho de investigação que pretende analisar as práticas do trabalho em equipe no processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Para concretizar este objetivo precisamos de sua colaboração. Solicitamos que você disponibilize um tempo para responder este instrumento.

Assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, em nenhum momento você será identificado, porque o termo não é grampeado na mesma folha do questionário.

Solicito sua colaboração no sentido de responder todas as questões deste instrumento, visto que o não preenchimento completo das questões dificultará atingir o objetivo desta pesquisa.

Dados de Identificação:

1 Sexo: Masc () Fem ()

2 Idade: _____

3 Profissão: _____

4 Tempo de formado(a) em anos: _____

5 Tempo de atuação na Saúde Coletiva/SUS (em anos): _____

6 Tempo de atuação no PSF ou NAISF como profissional de saúde (em anos) _____

7 Pós Graduação (especifique):

() Especialização _____ Término (ano) _____

() Mestrado: _____ Término (ano) _____

() Doutorado: _____ Término (ano) _____

() Nenhuma

8 Cursos realizados sobre Saúde Coletiva, SUS/ESF (pode assinalar mais de uma opção):

() Curso Introdutório do PSF 40h

() Aperfeiçoamento do PSF

() Especialização do PSF

() Outros cursos (citar)

9 Descreva a sua rotina de trabalho semanal na Estratégia/PSF:

Segunda feira:

Manhã: _____

Tarde: _____

Terça feira:

Manhã: _____

Tarde: _____

Quarta feira:

Manhã: _____

Tarde: _____

Quinta feira

Manhã: _____

Tarde: _____

Sexta feira

Manhã: _____

Tarde: _____

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](#)