

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP

MICHELLY LAURITA WIESE

**O PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA: UM ESTUDO SOBRE AS DEMANDAS SOCIAIS NA SAÚDE**

DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

SÃO PAULO  
2010

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP

MICHELLY LAURITA WIESE

**O PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA: UM ESTUDO SOBRE AS DEMANDAS SOCIAIS NA SAÚDE**

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de Doutor em Serviço Social, sob a orientação da Profa. Doutora Maria Carmelita Yazbek.

SÃO PAULO

2010

**BANCA EXAMINADORA**

---

---

---

---

---

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por criar a vida e me permitir participar dela, realizando muitos sonhos e projetos que vão sendo construídos durante a minha jornada pessoal.

A meus pais, Harry e Lairdes, exemplos de carinho, respeito, apoio e incentivos aos sonhos das filhas sempre.

Às minhas irmãs, Daiany e Aline, que acreditam no meu potencial e refúgio do verdadeiro amor. Já rimos e choramos muito com as dores e delícias de ser uma doutoranda.

À Professora e Orientadora Doutora Maria Carmelita Yazbek, pela caminhada nestes quatro anos de doutorado, que em certos momentos, no processo de construção da tese, depositou mais confiança em mim do que eu mesma. Obrigada pelo carinho, acolhida e apoio sempre.

À acolhedora Professora Doutora Maria Emília Freitas Ferreira por me receber de braços abertos na Universidade Lusófona. Pessoa admirável por sua competência e amizade cativada nos cinco meses de convivência em Portugal.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, nos momentos de estudo, núcleos de discussão e na oportunidade de participar como representante discente nas discussões do colegiado.

Às amigas e copartícipes nesse processo de construção da tese, com suas leituras, opiniões e palavras de incentivo sempre: Alessandra, Elaine, Lúcia, Rosemeire e Rosiléa.

À Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo e da Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros por oportunizarem a realização da pesquisa de campo.

Aos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família da Vila Piauí e Vila Jaguará, sem eles não seria possível a realização desta pesquisa. Obrigada por me receberem de braços abertos, contribuindo com as reflexões que a tese suscitou. Os meus agradecimentos também aos gerentes das unidades de saúde.

Ao Fábio Margherito pela transcrição das fitas de entrevistas; ao Gustavo F. Ferreira pela editoração da tese; a Vanessa Beatriz Bortulucce pela tradução do resumo e pelo meu querido pai, que sempre revisou com muita competência os meus textos.

À CAPES, pela possibilidade da realização da Bolsa PDEE na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Lisboa – Portugal.

Ao CNPQ pelo incentivo à produção intelectual através da bolsa de estudos.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram no meu processo de doutorado.

*Nada é impossível de mudar  
Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.  
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.  
Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito  
como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta,  
de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de  
humanidade desumanizada, nada deve parecer natural,  
nada deve parecer impossível de mudar.*

*Bertold Brecht*

## RESUMO

WIESE, Michelly Laurita. “O Processo de Trabalho dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família: um estudo sobre as demandas sociais na saúde”. Este estudo analisa o processo de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), no âmbito da Atenção Básica à Saúde (ABS) e sua articulação com as demandas sociais, na área de abrangência da supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros na cidade de São Paulo – SP. Para alcançar este objetivo, parte-se da discussão do processo de trabalho em saúde, a relevância da ABS, como espaço da construção de novos parâmetros de atuação profissional, principalmente nos marcos da ESF e, recentemente com a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Acrescenta-se o estudo do social a partir de reconhecimento das demandas sociais e suas formas de enfrentamento no cotidiano de trabalho dos profissionais da ESF e NASF. A direção teórica assumida situa a saúde no âmbito da questão social, em que se observa dois projetos assistenciais em disputa. O modelo biomédico centrado em ações curativas, de procedimentos e médico-centrado e, o modelo social da saúde, valorizando práticas profissionais humanizadas, na perspectiva da clínica ampliada, trazendo a centralidade do sujeito. Neste contexto, encontram-se os profissionais de saúde efetivando através de seus processos de trabalho no âmbito da ABS, práticas e concepções que evidenciam os modelos de saúde instituídos. A pesquisa é qualitativa, utilizando-se da técnica da observação participante, da entrevista semiestruturada e o uso do diário de campo. Foram pesquisadas oito equipes da ESF em algumas de suas práticas profissionais como: visitas domiciliares, grupos temáticos, reuniões de equipe. Foram realizadas vinte e duas entrevistas com os profissionais da ESF e do NASF. Com estas práticas objetivou-se identificar as atribuições e o trabalho realizado pelos profissionais da ESF; identificar a inserção do NASF junto às equipes da ESF e o trabalho realizado no âmbito da ABS; constatar como as demandas de saúde são trabalhadas pelos profissionais da ESF e NASF; e verificar como os profissionais da ESF e NASF identificam as demandas sociais e como são trabalhadas estas demandas. Os principais resultados da pesquisa mostram que os profissionais mesmo inseridos na proposta que visa concretizar o modelo social da saúde, ainda vinculam práticas profissionais ligadas ao modelo biomédico. A construção coletiva de ações que visam ampliar o olhar sobre as demandas que chegam às unidades de saúde ainda é dificultada, pela presença de antigos parâmetros de trabalho, objetivando não o cuidado, mas a cessação de sintomas/cura. Com a inserção do NASF, ampliam-se alguns dispositivos que possibilitam perceber as demandas de saúde e sociais não como problemas individuais, mas como possibilidades de intervenção coletiva e com maior efetividade, respondendo às reais necessidades dos usuários, que nem sempre é a cura, mas a possibilidade do cuidado. Estes dispositivos são o acolhimento, a clínica ampliada através do apoio matricial com as equipes e duplas de referências e o projeto terapêutico. Neste sentido, para que o social, na perspectiva do direito, seja ampliado no âmbito dos processos de trabalho, se requer que se entenda a saúde como direito universal, da integralidade das ações e na efetividade da construção de um modelo social de saúde, que valoriza a sua humanização. As ações profissionais devem se pautar na criação do vínculo com a comunidade no sentido de reorganizar os serviços a partir das reais demandas expressadas pelos usuários, estabelecendo uma demanda usuário-centrada vinculada à prática cuidadora. Defende-se que estabelecendo processos de trabalho na perspectiva da humanização e da clínica ampliada, o trabalho com as demandas sociais na perspectiva do direito são alargadas.

**Palavras-Chave:** Processo de Trabalho em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Demandas Sociais



## ABSTRACT

WIESE, Michelly Laurita. "The Work Process of the Professionals of Family Health Strategy: a Study on the Social Demands on Health". This study analyzes the work of professionals in the Family Health Strategy (FHS) as part of Primary Health Care (PHC) and its relationship to social demands in the area of the Health Technical supervision Lapa/Pinheiros in the city of São Paulo – SP. To achieve this goal, it starts the discussion of the work process in health, the relevance of PHC, as a space for construction of new parameters in the profession, especially within the framework of the FHS, and recently with the establishment of the Center for Health Support Families (CHSF). Adds up the study of social recognition from social demands and ways of coping in the everyday work of professionals of the FHS and CHSF. The theoretical direction taken is located within the health social issue, which observes two assistance projects in the dispute. The biomedical model focuses on remedial actions, procedures and doctor-centered, and the social model of health, valuing humanized professional practices in view of the expanded clinic, bringing the centrality of the subject. In this context, there are health professionals through their work processes within the PHC, actualizing practices and concepts that show the models of health imposed. The research is qualitative, utilizing the technique of participant observation, semistructured interview and the use of field notes. Eight groups from FHS in some of their professional practices were studied, such as home visits, group meetings, team meetings. There were twenty and two interviews with the professionals of the FHS and the CHSF. These practices aimed to identify the tasks and the work done by professionals of the FHS, to identify the insertion of CHSF to FHS teams together and work within the PHC; to see how the demands are worked by health professionals of the FHS and CHSF; and to verify how the professionals of the FHS and CHSF identify the social demands and how these demands are worked. The main results show that even the professionals included in the proposal to implement the social model of health, still bind professional practices related to the biomedical model. The construction of collective actions that aim to broaden the view on the demands that come to health facilities is still hindered by the presence of former job parameters, aiming not caring, but the cessation of symptoms / healing. With the insertion of CHSF, some devices extend, allowing to realize the demands of health and social problems not as individuals but as opportunities for collective action and greater effectiveness, responding to the real needs of users, which is not always a cure, but the possibility of care. These devices are the reception, the clinic expanded through the support matrix with the teams and pairs of references and the therapeutic project. In this sense, the social, from the perspective of law, be extended as part of work processes, is required to understand health as a universal right, the integration of actions and the effectiveness of building a social model of health that values its humanization (Health). The professional actions must be guided in creating the bond with the community to reorganize the services from the real demands expressed by individual users, establishing a demand centered in the user linked to caring practices. It is argued that establishing work processes from the perspective of humanization and expanded clinic, working with the social demands in the law perspective are broadened.

**Keywords:** Work Process in Health, Family Health Strategy, Social Demands

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABI	Associação Brasileira de Imprensa
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AME	Assistência Médica de Especialidades
APS	Atenção Primária de Saúde
AS	Assistente Social
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CAPS	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CCQ's	Círculos de Controle de Qualidade
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
DA	Distrito Administrativo
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
FMM	Fundação Faculdade de Medicina
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LBA	Legião Brasileira de Assistência
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGS	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Plano de Atendimento à Saúde
PAVS	Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PNH	Política Nacional de Humanização
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PREVsaúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Projeto Terapêutico
PUC	Pontifícia Universidade Católica
QUALIS	Qualidade Integral em Saúde
SABESP	Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD	Técnico de Higiene Dental
TO	Terapeuta Ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VD	Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>CAPÍTULO I - O PROCESSO DE TRABALHO E SAÚDE</b> .....	28
1.1 O TRABALHO NO SETOR DE SERVIÇOS.....	37
1.2 O PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE.....	47
<b>CAPÍTULO II - ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b> .....	63
2.1 A CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL.....	71
<b>2.1.1 A Construção da Atenção Básica à Saúde nos Marcos dos Anos 1990</b> .....	83
<b>2.1.2 A Política Nacional de Atenção Básica à Saúde</b> .....	94
<b>2.1.3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família</b> .....	101
2.2 PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	106
<b>CAPÍTULO III - O CONTEXTO DA PESQUISA</b> .....	114
3.1 O TIPO DE ESTUDO.....	114
3.2 ATIVIDADES OBSERVADAS COMO MATERIAL PARA O EIXO ANALÍTICO.....	118
3.3 A IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE NO PROCESSO DE PESQUISA.....	124
3.4 CONTEXTUALIZANDO O CAMPO DE PESQUISA.....	127
<b>3.4.1 A Organização da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo</b> .....	131
<b>3.4.2 Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros</b> .....	136
3.5 UBS VILA JAGUARA E VILA PIAUÍ.....	140
<b>3.5.1 Subprefeitura Lapa</b> .....	140
<b>3.5.2 Distrito Administrativo Jaguará</b> .....	142
<b>CAPÍTULO IV - O PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ESF E NASF</b> .....	146
4.1 O QUE É O SOCIAL PARA VOCÊ? .....	146
4.2 O SOCIAL NA SAÚDE.....	154

4.3 O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DA ESF E NASF E SUA RELAÇÃO COM O SOCIAL.....	163
<b>4.3.1 As atribuições dos profissionais da ESF.....</b>	<b>166</b>
<b>4.3.2 As atribuições dos profissionais do NASF com as equipes da ESF.....</b>	<b>186</b>
4.4 A DIMENSÃO DO ACOLHIMENTO NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DA ESF.....	200
<b>CAPÍTULO V - CONSTRUINDO A POSSIBILIDADE DO TRABALHO COM O SOCIAL NA SAÚDE.....</b>	<b>211</b>
5.1 A DIMENSÃO DA CLÍNICA AMPLIADA NA ESF E NASF.....	217
<b>5.1.1 A Dimensão do Apoio Matricial.....</b>	<b>219</b>
<b>5.1.2 A Dimensão do Projeto Terapêutico (PT) e Atendimento Conjunto...224</b>	
5.2 DEMANDAS SOCIAIS E O TRABALHO DAS EQUIPES COM O SOCIAL NA SAÚDE.....	235
5.3 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	260
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>267</b>
<b>FONTES E BILIOGRAFIA.....</b>	<b>279</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>295</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>298</b>

## LISTA DE QUADROS E TABELA

Quadro 1 - Classificação dos Serviços nos Processos Econômicos.....	43
Quadro 2 - Coordenadorias Regionais de Saúde da Cidade de São Paulo – Sudeste e Leste.....	133
Quadro 3 - Coordenadorias Regionais de Saúde da Cidade de São Paulo – Norte e Sul.....	134
Quadro 4 - Coordenadorias Regionais de Saúde da Cidade de São Paulo – Centro-Oeste....	134
Quadro 5 - Rede de Atendimento da Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros.....	137
Tabela 1 - Dados Demográficos das Subprefeituras da Lapa e Pinheiros.....	136

## INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema saúde surgiu nos tempos da formação profissional em Serviço Social, no momento da inserção do campo de estágio e, posteriormente, atuando como Assistente Social nos espaços de saúde, em especial, na atenção básica.

A experiência desenvolvida conduziu para o aperfeiçoamento profissional através do Mestrado, realizado no Programa de Pós Graduação em Serviço Social, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A pesquisa tinha como objeto analisar “A Categoria Social no Âmbito das Práticas Profissionais no Programa Saúde da Família (PSF) do Município de Blumenau” (WIESE, 2003).

Este recorte investigativo, partiu da experiência desenvolvida junto às equipes de saúde da família na cidade de Blumenau - SC, que tinham como desafio, implantar e concretizar um novo modelo de saúde no âmbito da atenção básica, buscando romper com as tradicionais práticas de saúde vinculadas ao modelo biomédico.

Pensando neste desafio, a inquietação era compreender como o social era trabalhado no cotidiano das demandas dos profissionais, pois, empiricamente o que se identifica é o social como um “problema de difícil solução”, cabendo ao Assistente Social trabalhar com tais problemáticas. Esta hipótese foi confirmada no estudo desenvolvido no Mestrado, evidenciando que para se mudar um modelo de saúde, também é necessário que se alterem as práticas profissionais (WIESE, 2003).

Na trajetória do doutorado, este tema ainda está presente, buscando aprofundar a discussão e objetivando analisar como o social é identificado e trabalhado pelos profissionais da saúde da família. Elementos novos surgiram como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), a Política Nacional de Humanização (PNH) a clínica ampliada, as formas de acolhimento, ou seja, outras formas de pensar e fazer saúde estão sendo implantadas nos espaços de saúde.

Além destes elementos, o aprofundamento da temática levou em consideração a necessidade de discutir a prática profissional a partir dos processos de trabalho, do trabalho no setor de serviços, a compreensão sobre a atenção básica à saúde, a proposta da política de humanização e o olhar mais atento para o estudo das demandas sociais<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Quando se fala em demandas sociais, está-se referindo ao volume de bens e serviços, que a comunidade está disposta a adquirir a determinados preços, ou mesmo, acessar sem a necessidade do pagamento, quando se trata



Isto remete destacar que, as configurações atuais no espaço da atenção básica, e da política de saúde brasileira é reflexo de um movimento marcadamente forte dos anos 1980. Com a promulgação da Constituição Federal do Brasil em 1988 (CF/1988), tem-se um período marcadamente significativo no campo das políticas sociais com a institucionalização da Seguridade Social, sinalizando uma nova perspectiva na proteção social brasileira.

No campo da saúde, há a construção de uma nova concepção de saúde e doença com a percepção social da saúde como direito de cidadania, fruto dos movimentos sociais de participação em saúde do fim dos anos 1970 e início dos anos 1980 - conhecidos como Movimento Sanitário.

A própria Reforma Sanitária<sup>2</sup> pode ser vista como um elemento novo no cenário político do país, na busca de instauração de uma política de saúde inédita. Em outro sentido, a “saúde, direito de cidadania, dever do Estado” implica uma visão desmedicalizada da saúde, na medida em que subentende uma definição diferente da visão tradicional, típica das instituições médicas, que identifica saúde como ausência relativa de doenças.

Os destaques e avanços conquistados com a Constituinte para a saúde foram a defesa do direito à saúde e o dever do Estado. As ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade.

---

de políticas no âmbito da esfera pública estatal (Ex: educação). Também se discute demanda em saúde que se relaciona com as necessidades em saúde. Segundo Campos (1969), as necessidades em saúde, não são uma categoria ligada ao econômico, mas inerentes ao indivíduo e sua satisfação é imperativa, tanto para sua sobrevivência, quanto da sociedade. Sendo uma decorrência do problema existencial do homem, elas se manifestam em tipos e graus diferentes de acordo com o modelo de organização social. Consequentemente, as formas de seu atendimento variam conforme a intensidade da manifestação, o estágio de desenvolvimento da comunidade, o nível de percepção da necessidade pela população e a importância que ela assume para o bem-estar (p.02). Mas, o que vem ser a demanda social? Ela também está referenciada ao volume de bens e serviços? Está no âmbito do consumo e da oferta? Para este estudo, entende-se demanda social as requisições resultantes das situações vividas no cotidiano das pessoas, seja no âmbito das relações sociais, afetivas, econômicas e culturais que marcam e caracterizam os sujeitos sociais e que por um momento de suas vidas necessitam de apoio, suporte para lidarem com estas demandas. Exemplificamos: situações de violência, conflitos familiares, fome, desemprego, solidão, falta de acesso a serviços e informações, etc.

<sup>2</sup> O Movimento da Reforma Sanitária brasileiro nasceu na segunda metade dos anos de 1970, no bojo do movimento maior que se ampliava em todos os segmentos da sociedade, o das lutas pelas liberdades democráticas contra a ditadura. Era defendida pelos técnicos progressistas da saúde e movimentos populares. Defendia a saúde como direito de cidadania e implicaria a responsabilidade do Estado sobre o sistema de saúde. O setor privado era considerado como complementar e subordinado. Algumas experiências nessa direção foram ensaiadas, com um financiamento mais adequado, derivado de uma política salarial justa, uma valorização nos níveis estaduais e municipais e uma possibilidade concreta de participação popular na definição de suas necessidades e no controle da qualidade dos serviços. As entidades emblemáticas eram o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO criados em 1976 e 1979. Após estas raízes, a maior parte dos marcos históricos da Reforma Sanitária e do SUS coincidiram com o aprofundamento e aliança dos movimentos sociais e o Legislativo (WIESE, 2003).

Com a instituição da Lei nº 8080 de 19/09/1990 e lei nº 8142 de 28/12/1990 do SUS, tem-se uma nova condução da política de saúde no Brasil. E, para gerenciar e implantar este modelo há que se basear em seus princípios e diretrizes que estão garantidos no Art. 7 da Lei 8080/1990 que são:

- I – Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral;
- IV - Igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - Direito à informação às pessoas assistidas sobre sua saúde;
- VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - Participação da comunidade;
- IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo;
  - a) Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - Integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - Conjuração dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito federal e dos Municípios, na geração de serviços de assistência a saúde da população;
- XII - Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII – Organização dos serviços públicos de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos.

Tem-se, a partir destas conquistas, com a universalidade, equidade e integralidade na saúde, a possibilidade concreta da construção de um modelo de atenção social à saúde, numa perspectiva ampliada e diferenciada do modelo médico-privatista que tem suas raízes calcadas no modelo flexneriano.

As diretrizes básicas para a operacionalização do SUS compreendem a descentralização financiamento, participação social, fundo de saúde, conselhos de saúde, conferências, plano diretor, comissão de planos de cargos, carreiras e salários e relatórios de gestão. Enfim, são mecanismos, princípios e diretrizes que efetivam o SUS no campo da política social da saúde.

A participação da sociedade organizada nos espaços de discussão e deliberação nos conselhos de saúde é garantida e ampliada. A descentralização, apesar de seus entraves, ainda presentes, possibilitou uma atuação mais próxima às especificidades de cada estado e município, dando abertura no gerenciamento e condução da política de saúde.

Neste sentido, a partir de suas diretrizes e bases, o SUS se organizou por um sistema plural de saúde, composto de três subsistemas que são: subsistema público – SUS, o subsistema de atenção médica supletiva e o subsistema de desembolso direto.

O SUS é um processo social em construção, efetivado a cada dia em seus desafios e possibilidades, pois envolve aspectos políticos, culturais e tecnológicos para a sua efetiva consolidação.

Entendendo-se que o SUS é um processo social e preconiza um novo modelo de saúde, conseqüentemente há a possibilidade de construir uma nova concepção de saúde. Esta concepção vincula a saúde à defesa da universalidade de acesso e atendimento na integralidade das ações, na reorientação das práticas em saúde que visem a garantir a sua promoção e proteção. Luz (1995) destaca que:

No contexto dessa nova definição, a noção de saúde tende a ser socialmente percebida como efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como expressão ativa – e participativa – do exercício de direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestão de políticas institucionais, etc. Assim, a sociedade teve a possibilidade de superar politicamente a compreensão, até então vigente ou socialmente dominante, da saúde como um estado biológico abstrato de normalidade (ou de ausência de patologias). (p.136-137)

Neste sentido, o conceito de saúde não se restringe somente à ausência de doença, mas envolve entender os determinantes políticos, culturais, econômicos, ideológicos, sociais, entre outros que compõem as relações sociais na sociedade.

Apesar do caráter utópico do conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), como completo bem estar físico, mental e social, mais recentemente acrescentadas as dimensões espiritual e ambiental, tal conceito incorpora o sistema de dimensões que compõem o viver humano em complexa teia de relações.

Assim, o pensamento implícito nesta definição não apenas exprime, mas amplia a concepção de saúde para uma perspectiva interdisciplinar<sup>3</sup>. Na verdade, a saúde, independente

---

<sup>3</sup> Com base em Amorim e Gattás (2007), a interdisciplinaridade será entendida como instrumento em uma prática que renega o fracionamento do conhecimento. É um método, caracterizado pela intensidade das trocas

de qualquer definição idealista que lhe possa ser atribuída, é produto de condições de vida e das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho.

Neste sentido, entende-se que a saúde é uma questão social e ela se configura como tal “quando é percebida e assumida por um setor da sociedade, que tenta, por algum meio, equacioná-la, torná-la pública, transformá-la em demanda política, implicando em tensões e conflitos sociais” (WANDERLEY, 2000, p.59).

Acrescenta-se também, a esta compreensão, o fato que no interior da política de saúde existem dois paradigmas em constante embate, ou seja, a presença do paradigma/modelo flexneriano e o paradigma/modelo da produção social da saúde<sup>4</sup>.

Para tal afirmação, reporta-se a Pereira (2001), que destaca que a questão social envolve a existência de relações conflituosas entre portadores de interesses antagônicos. Na saúde estas relações conflituosas e antagônicas se dão ao determinar o paradigma sanitário.

Então, torna-se necessário que a questão social seja explicitada, a ponto de existirem correlações de forças estratégicas para “abalarem a hegemonia da ordem dominante e permitirem a imposição de um projeto contra-hegemônico” (PEREIRA, 2001, p.53).

Concretamente, com o SUS, identifica-se que os defensores de sua proposta conseguiram incorporar forças políticas estratégicas que o problematizaram, tornando-se uma necessidade a ser enfrentada, obtendo com isto, ganhos sociais. Porém, isto não exclui de maneira alguma a presença de interesses antagônicos, dentro do próprio SUS.

É importante ressaltar que a questão social é indissociável do modelo de sociedade capitalista que gera as desigualdades sociais no interior do desenvolvimento das forças produtivas do trabalho social, portanto:

A questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto a apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias a sua realização, assim como de seus frutos. [...] A questão social expressa, portanto, desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero,

---

entre especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto (de ensino, pesquisa, intervenção profissional, etc.), não reduzindo a simples trocas de dados.. A interdisciplinaridade deve ser pensada em termos de atitude. Revela-se como uma ideia, uma prática, projeto que tem como base a autêntica vontade de colaboração, de cooperação, de diálogo, de abertura ao outro. Ela não anula as formas de poder que todo o saber comporta, mas exige a disponibilidade para partilhar um saber e um poder que se tem consciência de não ser proprietário. Trata-se de não ocultar o seu próprio saber/poder, mas, ao contrário, torná-lo discursivo e acessível à compreensão de outros.

<sup>4</sup> A respeito destes modelos, será tratado no primeiro capítulo, ao relacionar o processo de trabalho e os modelos de saúde.

características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização. (IAMAMOTO, 2002, p.26)

A discussão que se trava no âmbito da questão social é o constante e sempre renovado combate entre o capital, seus interesses e sobrevivência enquanto sistema de sociedade e o trabalho, representado pelos trabalhadores. A sociedade se apresenta como um amplo campo das desigualdades e antagonismos em que a prosperidade da economia e o fortalecimento do aparelho estatal “parecem em descompasso com o desenvolvimento social.

Pereira (2001), ao analisar a questão social como embate entre o capital e trabalho, amplia sua discussão destacando que para ela a questão social não é “sinônimo da contradição entre capital e trabalho e entre forças produtivas e relações de produção – que geram desigualdades, pobreza, desemprego e necessidades sociais – mas, de embate político, determinado por essas contradições” (p.54).

A questão social no Brasil se evidencia cada vez mais complexa e desafiante nos marcos do processo de reestruturação da sociedade capitalista que busca a prosperidade econômica, mas que conseqüentemente produz as desigualdades sociais que constituem a questão social.

Vivencia-se a globalização caracterizada pela mundialização da economia, a ênfase no mercado como capaz de autorregular a sociedade, acirramento da competitividade e concorrência e a reestruturação do papel do Estado, reduzindo suas atribuições e competências, transferindo para o mercado tal responsabilidade.

Isto implica diretamente mudanças estruturais na sociedade que trazem como consequência uma série de fatores diretamente ligados à vida cotidiana e no estabelecimento de novas relações sociais. Vivenciam-se altos índices de desemprego, a focalização e não universalização das políticas sociais em função do papel reduzido do Estado. A economia e o mercado ditam as regras a serem adotadas e sobrevivem, nesta sociedade, quem dela puderem fazer parte. Aos demais, restam ações e políticas fragmentárias e focalizadas sem perspectiva de direito.

O discurso é fortemente marcado pela defesa de que o mercado será o grande provedor e o princípio regulador da sociedade e da política, devendo a sociedade ajustar-se a novas regras. Ao se desvencilhar das proteções sociais, está livre para competir no mercado e desenvolver suas potencialidades. Nesta linha de discussão, Carvalho (2002a) destaca que:

[...] o Estado Brasileiro nesse processo de ajuste na década de 90/2000, declara-se incapaz de enfrentar a complexidade da “Nova Questão Social”, manifestando um verdadeiro descaso com o drama social brasileiro. A rigor, este Estado assume, em maior ou menor grau, a postura de abdicar de sua responsabilidade social, enveredando por políticas focalistas, marcadas pela seletividade, sem nenhuma perspectiva de uma real política de inclusão social. (p.53)

Neste sentido, deve-se estar atento às novas configurações que vêm conformando o contexto social brasileiro. Esta preocupação tem destaque para Pereira (2001) que acrescenta que uma das consequências vivenciadas nos atuais moldes da sociedade mundial e brasileira é o “desmonte dos direitos sociais, edificados há mais de um século com a decisiva participação dos movimentos progressistas e democráticos” (p.53).

No campo das políticas sociais, o destaque é para a focalização destas políticas, pois a justificativa dada é de que a focalização traria maior eficácia no desenvolvimento das mesmas, uma vez que as políticas sociais devem desempenhar um papel compensatório atendendo somente à demanda dos mais necessitados. O desemprego é entendido como uma consequência deste processo de reestruturação e deve ser enfrentado com programas emergenciais.

A proposta neoliberal de sociedade defende que com a equidade, competitividade e crescimento, as políticas sociais passam a ter um caráter ativo, dinâmico e endógeno à estratégia global de transformação produtiva. O Estado não sofre uma redução de suas responsabilidades, mas deve estar centrado na preocupação de sua eficiência e eficácia sobre o sistema econômico.

As políticas sociais serão executadas tanto pelo Estado como pelos segmentos da sociedade civil, numa cooperação entre entidades públicas e privadas. Então, as políticas sociais poderão ser prestadas ou pelo Estado diretamente, ou serão oferecidas pela sociedade civil (incluindo setor privado) com financiamento ou não do Estado.

Neste sentido, destaca-se: “A estratégia de reforma dos programas sociais deve combinar medidas redistributivas ligadas às políticas econômicas, ao mercado e a estrutura da propriedade com aquelas de cunho redistributivo típicas das políticas sociais.” (LOPES, 1994, p.44) São necessárias reformas nos programas sociais, como na saúde, nutrição, habitação, previdência, educação, pois trarão maior equidade no gasto social, seletividade nos programas e nas populações a serem atingidas.

O Estado deve desenvolver uma idoneidade crescente para o desempenho e administração de políticas adequadas para conduzir o processo de reformas, adaptando-as as circunstâncias mutantes da economia mundial e as dos diversos países.

A defesa é que exista a transferência de atividades não essenciais do Estado para o setor privado, restringindo apenas ao Estado suas funções essenciais, possibilitando que os recursos que são escassos sejam utilizados de maneira mais eficiente e eficaz possibilitando o crescimento econômico e a busca da equidade.

A partir destas considerações e do debate dos direitos sociais, entende-se que a política social é resultado das tensões e conflitos sociais travados no interior da sociedade capitalista. A política social é fruto da conquista de segmentos da sociedade que buscam efetivar e construir uma sociedade não amparada pelos interesses de uma classe do capital, mas para uma sociedade justa e igualitária e de acesso aos direitos sociais.

Especificamente, no cenário brasileiro, as questões que envolvem os direitos sociais por muito tempo foram identificadas como “configurações assumidas pela questão social [...] em seus traços de clientelismo, em que os trabalhadores foram historicamente tratados como súditos, receptores de benefícios e favores e não cidadãos, portadores de direitos” (IAMAMOTO, 2002, p.31).

Esta postura ainda pode ser identificada quando se constata que o Estado vem se eximindo da responsabilidade com as políticas e direitos sociais a ele vinculadas, reforçando práticas individuais, solidárias, focais, perdendo assim o seu caráter universalizador.

Depara-se também com a concepção de que a política social está atrelada às questões econômicas, ou seja, o econômico é o grande mentor de sustentabilidade da sociedade capitalista e tudo está e gira ao seu redor estando os direitos sociais atrelados à lógica orçamentária.

O Estado, então, dentro de seu novo perfil, caracteriza-se pela sua ação de desmonte do social não apresentando uma política de atuação, “capaz de enfrentar o agravamento e a complexificação da questão social, não investindo no social como prioridade, tendo em vista a própria gravidade do quadro social no Brasil do Ajuste” (CARVALHO, 2002a, p.57).

Consequentemente, tem-se a concepção de que a superação da pobreza e da exclusão está ligada diretamente por uma questão de responsabilidade individual, fortalecendo a tendência de naturalizar as múltiplas desigualdades que condensam as relações sociais dessa sociedade.

Então, o desafio a ser enfrentado no campo das políticas sociais é a superação da noção da carência e exclusão como uma dificuldade individual. As políticas sociais, sob esta

perspectiva, perdem seu caráter de direito, de conquista e acabam tendo sua direção focalizada para os segmentos populacionais incapazes de sobreviver às regras do mercado, ou seja, sob as bases da política neoliberal.

A direção para superar estas perspectivas deve estar centrada na defesa dos direitos no âmbito da reafirmação do papel do Estado que tem nas suas atribuições fundamentais a condução das políticas sociais sob forma de política universal e que esta seja conduzida por preceitos de descentralização e democratização atendendo as necessidades das maiorias.

Concretizam-se, então a partir deste contexto, dois movimentos antagônicos na efetivação das políticas e direitos sociais. De um lado, as políticas sociais adquirem a perspectiva da universalização, da noção de direito. De outro, são entendidas como ações focalistas e sob a perspectiva do suprimento de carências, apresentando entre ambas objetivos e práticas divergentes, convergendo para políticas totalmente diversas entre si (CARVALHO, 2002a).

Remetendo-se esta discussão para o social, este pode adquirir conceito restrito quando identificado com a noção de carências e focalização dos direitos e políticas sociais ou ao conceito ampliado quando o social está vinculado à noção de políticas e direitos sociais na perspectiva da universalização e do direito.

Trazendo esta discussão para o âmbito da saúde, Nogueira (2002) destaca que os direitos sociais e o direito à saúde<sup>5</sup> são pensados no “interior das políticas sociais, os quais são apreendidos, como as políticas econômicas, como estritamente vinculadas aos processos de acumulação capitalista, em seu estágio monopolista” (p.87).

No movimento da própria sociedade, caracterizada pelos ajustes estruturais econômicos e políticos das economias nacionais e internacionais, vão determinando em certa medida o direito à saúde, alterando seu conteúdo, seu alcance e “os mecanismos acionados para sua garantia, tornando-se a análise dos direitos sociais um exercício contínuo de articulação global e local” (NOGUEIRA, 2002, p.92). Acrescenta-se ainda com as palavras da autora que:

Portanto, o direito a saúde, longe de ser entendido como uma decorrência de abstratos ideais humanitários, de solidariedade universal, de moralidade ética, de justiça social, de necessidade básica articulada a sobrevivência, deve ser apreendido enquanto relacionado

---

<sup>5</sup> O direito a saúde é termo empregado em seu sentido subjetivo. Todavia, a referência a regras de direito vista por dentro implica necessariamente a compreensão do direito como regras do comportamento humano em sociedade (DALLARI, FORTES, 1997, p.188).



aos complexos e intrincados mecanismos de mediação, próprio do sistema capitalista em seu estágio atual. (NOGUEIRA, 2002, p.92)

No que se refere à conceituação jurídica da saúde, identificam-se alguns problemas que devem fundamentar a aplicação das leis que regulam as atividades particulares com implicações sanitárias. Neste sentido, no âmbito do Estado de igual modo existem dificuldades no entendimento do mesmo conceito jurídico de saúde que “orienta a atuação do Estado, quer como regulador, quer como prestador de ações e serviços sanitários” (DALLARI, 1995, p.26).

Como proposta à superação destes problemas é a busca da compreensão dos valores sociais que foram garantidos na Constituição, examinando e reconhecendo a importância dos princípios que estão e ainda não foram explicitados, conforme já destacado anteriormente.

Diante destas discussões, a caminhada em busca da concretização de um modelo comprometido com a saúde, com o direito, com o social, com a universalidade e desenvolvimento de política pública que esteja embasada por estes mesmos princípios, não se efetiva sem se considerar a importância das práticas profissionais no âmbito da saúde e, identificar estas práticas e sua relação com o social é uma meta a ser construída para avaliar que tipo de modelo de saúde se efetiva na realidade brasileira.

Para este estudo, a proposta é a partir da análise de uma experiência prática buscar explicitar e compreender como os processos de trabalho se desenvolvem e se concretizam no espaço de trabalho dos profissionais da saúde. Aqui, o enfoque fica para o âmbito da atenção básica, no espaço da ESF onde se encontram os profissionais da saúde da família e dos recentes profissionais do NASF.

Defende-se que é no interior dos processos de trabalho que os modos de trabalho se modificam, se transformam, conformando ou não, com a proposta que o SUS apresenta para a saúde brasileira, que é romper com o modelo limitado de se trabalhar a saúde que reduz seu conceito, sua intervenção junto aos profissionais e a população que atende.

Pretende-se, discutir os processos de trabalho a partir de uma perspectiva que considere o trabalho como atividade que não é neutra em relação à saúde, podendo favorecê-la ou não. Considera-se que a relação saúde-trabalho não diz respeito apenas às pessoas diretamente engajadas no processo de trabalho, “pois a divisão entre espaço de trabalho e espaço privado só é eventualmente pertinente na análise econômica, mas torna-se inconsistente a partir do momento em se trata das relações sociais e das questões de saúde” (DEJOURS, 1997, p.35).

Então, se o modelo de saúde tem se modificado a partir da alteração dos processos de trabalho instituídos na saúde, também haverá um outro olhar, outra intervenção para o social, ou seja, para as demandas que ultrapassam somente a dimensão física da doença.

Não é raro o relato de usuários que não são ouvidos em suas queixas e história de vida, repleto de elementos que indicam que saúde não é somente ausência de doença e que a construção da própria doença está vinculada aos processos sociais, políticos, econômicos.

Dessa forma, se reconhece que não há como pensar o processo saúde/doença sem vinculá-lo à realidade social. Segundo Laurell (1983, p.137) a “natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos” que estão atrelados ao modo de vida destes mesmos grupos.

Estas considerações referendam a ideia de que se está num momento de mudança e de transição de um modelo de atenção à saúde centrada no modelo biomédico para a implementação de outro, centrado na proteção e na promoção da saúde. E, para a efetivação de um modelo de saúde implica considerar uma nova concepção de saúde e doença que necessariamente conduz a novos processos de trabalho neste campo.

A inversão de um modelo faz parte de um processo histórico lento, gradual, conflituoso que gera resistências ao novo. Isto reflete diretamente no modo de atuação dos profissionais, dirigentes políticos ou de toda uma comunidade envolvidos com esta política.

A partir das colocações, entende-se que o SUS busca concretizar um modelo de atenção à saúde, pautado em seus princípios e, nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde através da vigilância à saúde. Isto leva a considerar que a saúde não é apenas ausência de doença e envolve identificar e trabalhar com os vários fatores que configuram o processo saúde e doença.

Isto exige do profissional, ações que estejam pautadas na defesa da integralidade das ações, na promoção, prevenção e recuperação da saúde e entendê-la em seus mais diversos aspectos, não reduzindo a compreensão da mesma apenas vinculada à dimensão biológica.

Diante destas considerações, é neste contexto que as inquietações aparecem no sentido de identificar e compreender em que medida se efetiva concretamente a mudança do modelo de saúde nos moldes atuais dos processos de trabalho em saúde e como a categoria social é trabalhada no âmbito da atenção básica.

Merhy (2007), ao discutir como se estruturam e se gerenciam os processos de trabalho nos serviços de saúde, destaca que os profissionais necessitam “modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de

reformas macroestruturais e organizacionais nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada” (p.72).

Esta constatação remete a se pensar quais são os processos de trabalho que caracterizam atualmente a atenção básica e qual é o enfoque dado ao social no campo da saúde. Desde a implementação do SUS, o social ganha visibilidade no sentido que se torna essencial entendê-lo e considerá-lo no contexto das bases e princípios que este modelo preconiza, como já foi destacado. Portanto, para se avançar neste debate, é necessário tentar entender o que é este “social” e identificar quais as discussões atuais em torno desta categoria.

Então, o presente estudo tem como objetivo identificar e analisar o processo de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), no âmbito da Atenção Básica à Saúde e sua articulação com as demandas sociais, na área de abrangência da supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros na cidade de São Paulo, através da observação do cotidiano de trabalho dos profissionais e de entrevistas.

Estes procedimentos metodológicos buscam identificar as atribuições e o trabalho realizado pelos profissionais da ESF; identificar a inserção do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) junto as equipes da ESF e o trabalho realizado no âmbito da atenção básica à saúde; constatar como as demandas de saúde são trabalhadas pelos profissionais da ESF e NASF; verificar como os profissionais da ESF e NASF identificam as demandas sociais e como são trabalhadas estas demandas.

Os processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais da ESF conduzem a levantar a hipótese que ainda os profissionais trabalham vinculados ao modelo biomédico, mesmo com o fortalecimento da política de atenção básica à saúde e da política de humanização através da inserção do NASF, dificultando o trabalho com questões mais abrangentes que compõem a saúde.

O social é muitas vezes entendido no campo da carência. E esta perspectiva trabalha tanto a saúde como o social de maneira restrita, impossibilitando uma prática transformadora e emancipadora dos velhos preceitos que constituíam a política de saúde.

Entende-se também a importância de trabalhar com os mais diversos segmentos e políticas sociais existentes, evidenciando a partir desta prática o enfrentamento das demandas trazidas pelos usuários que trazem em seu bojo toda a dimensão social de sua vivência. Desta forma se concretiza uma prática transformadora e ligada aos princípios que regem a política de saúde, possibilitando identificar a amplitude adquirida pelo social nos espaços de saúde.

Estas indagações possibilitam identificar em que medida os processos de trabalho na saúde se vinculam a um modelo de atenção à saúde e, qual é a visibilidade que as demandas

sociais adquirem no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde. Por isso, o estudo se mostra relevante, mesmo sendo um tema pouco explorado, pois a partir do aprofundamento destas questões e da maior visibilidade que o estudo dará a esta temática e problemática.

Acredita-se que esta pesquisa possa ser um instrumento de compreensão e reorientação dos processos de trabalho desenvolvidos nos espaços de saúde. Também se mostra relevante no campo do Serviço Social como um instrumento de análise da realidade e da política de saúde, refletindo na construção de novos processos de trabalho aos profissionais.

O presente estudo está estruturado em cinco capítulos. No primeiro é discutido o processo de trabalho a partir de Marx (2006), destacando sua relevância para o aprofundamento da discussão da categoria trabalho. Na sequência, discute-se o processo de trabalho no setor de serviços, pois a saúde insere-se neste setor. Para finalizar o capítulo, destaca-se o processo de trabalho na saúde, apresentando sua interlocução com os modelos de saúde que se instituem no âmbito da saúde.

No segundo capítulo, aborda-se a Atenção Básica à Saúde (ABS), sua relevância e importância no sistema de saúde e, a interlocução que a ESF tem neste nível de atendimento. Destaca-se como foi se constituindo ao longo da história de saúde brasileira a ABS e suas características atuais com a implantação da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a). Finalizando o capítulo, destaca-se o estudo dos processos de trabalho no âmbito da saúde da família. Neste capítulo já são apresentados alguns depoimentos e dados da pesquisa, relacionando com a temática abordada.

A construção metodológica do estudo/pesquisa, está contemplado no terceiro capítulo, caracterizada pela pesquisa qualitativa com a utilização da observação participante e entrevistas. Acompanharam-se as atividades cotidianas de oito equipes da ESF da área de abrangência da Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros, na cidade de São Paulo, com a preocupação de identificar os processos de trabalho dos profissionais da ESF e NASF, concretizando resultados que possam ser analisados efetivamente ampliando esta discussão. Também é abordada a contextualização da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, a Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros e as Unidades Básica de Saúde (UBS) onde se encontram as equipes: UBS Vila Jaguara e UBS Vila Piauí.

No quarto capítulo, contempla-se, inicialmente, a discussão do social, destacando que ela vem tendo uma expressiva importância em vários campos do conhecimento e que seu aprofundamento se faz necessário. É abordado o conceito que os profissionais tem sobre esta categoria e como o social se expressa através dos processos de trabalho instituídos no âmbito

da saúde. Na sequência, analisa-se os processos de trabalho dos profissionais da ESF e do NASF, através das demandas de saúde que caracterizam o cotidiano de trabalho nas equipes, relacionando o que é estabelecido na PNAB (BRASIL, 2006a) e, identificando se os modos de trabalhar a saúde têm se modificado dentro da proposta de fortalecimento da ABS.

No quinto capítulo, o enfoque recai sobre a identificação das demandas sociais e como os profissionais conseguem identificá-las e trabalhá-las, trazendo para mais perto a discussão do social, um dos eixos que marcam o estudo, juntamente com o processo de trabalho. É sinalizada a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), como uma possibilidade de se trabalhar com estas demandas sociais, pois elas têm no seu eixo articulador a defesa do acolhimento e da clínica ampliada, ou seja, de trazer o usuário para o centro da atenção da saúde e não fazendo da doença a centralidade da saúde, mas sim processos de trabalho que priorizem o cuidado, a integralidade dos usuários e da saúde, enquanto política de direito.

Nas considerações finais se pontua a importância e o desafio do debate desta temática, colocando em discussão, quais as direções a serem construídas diante das análises realizadas para o social destacando, também, algumas proposições a serem pensadas no âmbito dos processos de trabalho em saúde.

## CAPÍTULO I - O PROCESSO DE TRABALHO E SAÚDE

O estudo das práticas profissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF) e como estas práticas estão ou não voltadas ao social, nos remete a repensar e aprofundar esta discussão a partir do processo de trabalho em saúde. Como referência ao estudo de processo de trabalho se utilizará Marx (2006), Braverman (1987), Offe (1991), Lukács (1979), entre outros autores.

Com a implantação da ESF a proposta é garantir e aprofundar um modelo de saúde que rompa com a histórica vertente curativista que a saúde brasileira vivencia. Além disso, é aliada aos princípios do SUS, pois a ESF não é uma “Nova Política de Saúde”, mas como a própria denominação supõe é uma estratégia para o fortalecimento desta política pautada nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e saúde como direito.

Para iniciar e aprofundar o estudo sobre o processo de trabalho, é fundamental que se faça a partir da categoria trabalho, que é o fundamento ontológico do ser social<sup>6</sup>, a práxis social humana. Marx (2006) aponta que o trabalho é toda atividade humana exercida na natureza com a finalidade de suprir as necessidades do homem. Este processo transforma tanto ao homem como a própria natureza, sendo o pressuposto da existência humana e forma privilegiada de práxis<sup>7</sup>.

Por isso, o trabalho é um “processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza” (MARX, 2006, p.211). Com isso, a ação do homem através do trabalho tem caráter transformador para a satisfação de necessidades humanas. Criam-se e são criadas socialmente, têm sentido histórico.

No desenvolvimento do trabalho são necessárias a elaboração e execução de processos de trabalho que possibilitem ao homem chegar ao objetivo a que se quer alcançar. É da natureza do homem a capacidade de pensar e planejar sua ação transformadora antes mesmo de sua execução, ou seja, antever, seu objetivo antes mesmo de fazê-lo. Então, no processo de trabalho, a “atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um

---

<sup>6</sup> Quando se atribui ao trabalho e as suas consequências – imediatas e mediatas – uma prioridade com relação a outras formas de atividade, isso deve ser entendido num sentido puramente ontológico, ou seja, o trabalho é antes de mais nada, em termos genéricos, o ponto de partida da humanização do homem, do refinamento de suas faculdades, processo do qual não se deve esquecer o domínio sobre si mesmo (LUKÁCS, 1979, p.87).

<sup>7</sup> Ação do homem sobre a matéria e criação – através dela – de nova realidade humanizada. (VÁZQUEZ, 1977, p.245)

determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho” (MARX, 2006, p.214).

Lukács (1978) parte do mesmo pressuposto de Marx afirmando que o homem é um ser que elabora e dá respostas aos seus próprios carecimentos no desenvolvimento social ao qual está inserido e faz parte, como forma de satisfazer suas necessidades; com isso “funda e enriquece a própria atividade com mediações bastante articuladas, de modo que não apenas a resposta, mas também a pergunta é um produto imediato da consciência que guia a atividade” (p.05).

O trabalho permite o desenvolvimento de mediações que diferenciam o ser social em face de outros seres da natureza. As mediações não estão dadas a priori, mas são constituídas no processo histórico do ser social através do trabalho. As mediações compreendem a sociabilidade, a consciência, a universalidade e a liberdade sendo capacidades humano-genéricas, sem as quais a práxis não se realiza com suas potencialidades emancipatórias. As mediações estão no real, fazem parte da tessitura das relações sociais. Há mediações constitutivas do real e também podemos construir mediações.

Todo trabalho possui seu objeto, sendo que todas as “coisas que o trabalho apenas separa de sua conexão imediata com seu meio natural constituem objetos de trabalho, fornecidos pela natureza. Se o objeto de trabalho é filtrado através de trabalho anterior, chamamo-lo de matéria-prima” (MARX, 2006, p.212). Porém, há que se destacar que toda matéria-prima é objeto de trabalho, mas nem todo objeto de trabalho é matéria-prima, pois só se torna matéria-prima depois de se efetuar modificações pelo trabalho.

Pelo seu caráter histórico, o processo de trabalho ao atingir determinado nível de desenvolvimento, vai exigir meios de trabalho já elaborados. Entende-se por meio de trabalho as condições materiais que são necessárias na realização e execução do processo de trabalho, sendo uma “coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto” (MARX, 2006, p.213).

Além disso, os meios de trabalho servem para medir o desenvolvimento da força humana de trabalho e indicam as condições sociais em que se realiza trabalho. Embora não participando diretamente sobre o processo, as condições materiais interferem no desenvolvimento do trabalho, pois sem elas o processo fica parcial ou totalmente impossibilitado de concretizar-se.

Então, são constitutivos do processo de trabalho três elementos essenciais: 1) a atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho; 2) a matéria a que se aplica o trabalho,

o objeto de trabalho; 3) os meios de trabalho, o instrumental de trabalho (MARX, 2006, p.212).

O processo de trabalho se extingue ao se concluir o produto que é entendido como um valor de uso, adaptado às necessidades humanas através da mudança da forma. O trabalho está representado no objeto sobre o qual se trabalhou. O trabalho como valor de uso, atende a necessidade do homem, transformando a natureza para atender necessidades humanas.

Para Marx (2006), quanto ao processo do ponto de vista do resultado, do produto, evidencia-se que meio e objeto de trabalho são meios de produção e o trabalho é trabalho produtivo. Ao dominar e interagir com a natureza, implicado está nesse processo, o valor de uso.

A partir desta afirmativa, o valor de uso que é produto de um trabalho torna-se meio de produção de outro, por isso os produtos com objetivo de servir de meio de produção não são somente resultado, mas também condição do processo de trabalho.

Com isso, dependendo de sua finalidade no processo de trabalho, o valor de uso pode ser considerado matéria-prima, meio de trabalho ou produto, variando com essa posição a natureza do valor de uso, que só se realiza com a utilização ou com o consumo.

O trabalho concreto é o trabalho útil, criador de valores de uso, pois atende às necessidades do homem e depende da habilidade humana. Seu produto é um valor de uso.

Todavia, sob o capitalismo, os produtos do trabalho tomam a forma de mercadoria<sup>8</sup>, não têm simplesmente um valor de uso. Mercadorias são feitas, não para serem consumidas diretamente, mas para serem vendidas no mercado. São produzidas para serem trocadas.

Desse modo, cada mercadoria tem um valor de troca. O valor de troca de uma mercadoria é simplesmente o montante pelo qual será trocado por outras mercadorias. Os valores de troca refletem mais o que as mercadorias têm em comum entre si, do que suas qualidades específicas.

Para Marx (2006), todas as mercadorias têm um valor, do qual o valor de troca é simplesmente o seu reflexo. Esse valor representa o custo de produção de uma mercadoria à sociedade. Pelo fato de que a força de trabalho é a força motriz da produção, esse custo só pode ser medido pela quantidade de trabalho que foi devotada à mercadoria. Então, o valor de troca da mercadoria está relacionado à quantidade de tempo que o trabalhador gasta para produzi-la.

---

<sup>8</sup> Para Marx (2006) a mercadoria é um objeto externo, uma coisa que por suas propriedades, satisfaz necessidades humanas, seja qual for a natureza, a origem delas, provenham do estômago ou da fantasia. Não importa a maneira como a coisa satisfaz a necessidade humana, se diretamente, como meio de subsistência, objeto de consumo, ou indiretamente, como meio de produção (p.57).



O trabalho é útil ou concreto quando é considerado em sua modalidade específica, ou seja, é o que cria um produto útil. Não é o consumidor que dá utilidade a uma mercadoria, mas o produtor. O consumidor apenas reconhece a mercadoria como útil ou não. O produtor dá utilidade à mercadoria através do uso da tecnologia, da mão de obra e das matérias-primas usadas no processo produtivo.

O valor é, portanto, determinado no âmbito da produção e não da circulação. Cada mercadoria possui seu próprio valor de uso, mas todas elas foram produzidas pelo uso da força de trabalho. Então, o trabalho serve para igualar todas as mercadorias. A utilidade não pode ser quantificada, mas o tempo despendido na fabricação do bem pode ser quantificado.

Com relação ao trabalho, não se refere a um tipo particular de trabalho envolvido em, diga-se, assar um pão ou manufaturar um abridor de latas. Esse trabalho real, concreto, é variado e complexo demais para fornecer a medida de valor que se necessita. Para encontrar essa medida, deve-se abstrair o trabalho de sua forma concreta. Por isso, um valor de uso, tem valor porque nele está objetivado ou materializado trabalho humano abstrato. Assim, o trabalho tem um caráter dual:

Todo trabalho é, por um lado, dispêndio de força de trabalho do homem no sentido fisiológico, e nessa qualidade de trabalho humano igual ou trabalho humano abstrato gera o valor da mercadoria. Todo trabalho é, por outro lado, dispêndio de força de trabalho do homem sob forma especificamente adequada a um fim, e nessa qualidade de trabalho humano concreto útil produz valores de uso. (MARX, 2006, p.68)

No capitalismo, o desenvolvimento da divisão do trabalho significa que a produção em cada local de trabalho é altamente especializada e separada dos outros locais de trabalho: cada produtor não pode satisfazer suas necessidades a partir de sua própria produção. Os produtores são, portanto, interdependentes em dois sentidos: eles precisam cada um dos produtos dos outros, mas eles também precisam uns dos outros como compradores de seus produtos para que eles possam obter o dinheiro com o qual compram aquilo que precisam. Denomina-se de produção generalizada de mercadoria em que os produtores estão ligados entre si somente pelo intercâmbio de seus produtos. Nesta direção:

Objetos úteis se tornam mercadorias, por serem simplesmente produtos de trabalhos privados, independentemente uns dos outros. O conjunto desses trabalhos particulares forma o trabalho social. Processando-se os contatos sociais entre os produtores, por intermédio da troca de seus produtos de trabalho, só dentro desse intercâmbio se

patenteiam as características sociais de seus trabalhos privados. Em outras palavras, os trabalhos privados atuam como partes componentes do conjunto do trabalho social, apenas através das relações que a troca estabelece entre os produtos do trabalho e, por meio destes, entre os produtores. (MARX, 2006, p.94-95)

Até aqui, o trabalho social concreto era diretamente trabalho social; em que a produção era para o uso, para satisfazer algumas necessidades específicas, seu papel social era óbvio. A produção é destinada para a troca, contudo, não há uma conexão necessária entre o trabalho útil realizado por um produtor particular e as necessidades da sociedade.

Só se descobre, por exemplo, se os produtos de uma fábrica específica atendem algumas necessidades sociais, depois de terem sido colocados à venda no mercado. Se ninguém quiser comprar esses bens, então o trabalho que os produziu não era trabalho social.

A pressão da concorrência força os produtores a adotarem métodos de produção similares aos dos seus rivais, ou se veem forçados a rebaixarem seus preços para poderem competir com eles. Consequentemente, o valor das mercadorias é determinado não pela quantidade total de trabalho usada para produzi-las, mas pelo tempo de trabalho socialmente necessário. Isto implica o tempo de trabalho que se requer para produzir um valor de uso qualquer, dentro de condições dadas de produção socialmente normais, e que pressupõem o grau social médio de habilidade e de intensidade de trabalho.

Assim, o capitalismo é um sistema econômico em que os produtores individuais não sabem de antemão se os seus produtos atenderão a uma necessidade social. A concorrência entre produtores que procuram tomar mercados vendendo a preços mais baratos reduz os seus diferentes trabalhos a uma medida, trabalho social abstrato corporificado em dinheiro. Onde a oferta de uma mercadoria excede a sua demanda, seu preço cairá e os produtores irão mudar para outras atividades econômicas mais lucrativas. É desse modo, e somente indiretamente, que o trabalho social é distribuído entre diferentes ramos de produção.

Partindo dessas considerações, o processo de trabalho é uma atividade direcionada com o objetivo de criar:

[...] valores-de-uso, de apropriar os elementos naturais às necessidades humanas; é condição necessária do intercâmbio material entre o homem e a natureza; é condição natural eterna da vida humana, sem depender, portanto, de qualquer forma dessa vida, sendo antes comum a todas as suas formas sociais. (MARX, 2006, p.218)

Com a criação da propriedade privada e o desenvolvimento das forças produtivas capitalistas, os processos de trabalho instituídos afastam o homem de seu produto, de sua

criação, no momento em que o homem não reconhece mais no seu trabalho a sua própria necessidade de fazê-lo. Ou seja, o homem vende sua força de trabalho em troca de sua subsistência, realizando um trabalho alienado<sup>9</sup> e de estranhamento quanto a sua finalidade e sentido, ou seja, não se reconhece mais como sujeito no próprio desenvolvimento do trabalho.

O caráter social da atividade e do produto, assim como a participação do indivíduo na produção são aqui estranhos ao indivíduo. As relações que estes fenômenos mantêm, constituem, de fato, uma subordinação a relações que existem independentemente deles e que surgem do enfrentamento entre os indivíduos independentemente uns dos outros. O intercâmbio universal de atividades e de produtos que se converteu em condição de vida e em relação mútua de todos os indivíduos particulares se apresenta a eles como uma coisa estranha e independente. (MARX, 1971, p.90)

Diante disso, quando o processo de trabalho se torna e se operacionaliza como processo de consumo da força de trabalho pelo capitalista, evidenciam-se dois fenômenos característicos. No primeiro, o trabalhador executa seu trabalho sob o controle do capitalista, a quem pertence seu trabalho, para que o mesmo seja realizado de maneira apropriada e execute apropriadamente os meios de produção, objetivando o não desperdício de matéria-prima e poupando o instrumental de trabalho, gastando só o que for imprescindível à execução do trabalho. Segundo, o “produto é propriedade do capitalista, não do produtor imediato, o trabalhador. O capitalista pagão valor diário da força de trabalho” (MARX, 2006, p.219).

Vê-se exemplificado este processo, quando se analisa as transformações ocorridas no mundo do trabalho ao longo da constituição, ampliação e renovação do próprio sistema capitalista. Ocorrida no século XIX e considerado um marco na história da humanidade, a 1ª Revolução Industrial, revolucionou com a invenção da máquina a vapor.

Começa-se a partir daí a busca pela substituição do trabalho vivo pelo morto. Houve a migração das pessoas do campo para a cidade, o aumento do trabalho industrial em detrimento do trabalho artesanal, o desenvolvimento das cidades urbanas e o esvaziamento crescente da vida agrária, etc. Todas estas transformações levaram a alterações nas necessidades dos indivíduos, que não mais produziam seus alimentos, mas que precisavam obter remuneração através do trabalho nas indústrias para poder sobreviver. Os novos

---

<sup>9</sup> “A alienação [...] complexo simultaneamente de causalidade e resultantes históricos-sociais, desenvolve-se quando os agentes sociais particulares não conseguem discernir e reconhecer nas formas sociais o conteúdo e efeito de sua ação e intervenção; assim, aquelas formas e, no limite, a sua própria motivação à ação lhes aparecem como alheias e estranhas.” (NETTO, 1981, p.74)

processos de trabalho instituídos reforçam e intensificam ainda mais o estranhamento do trabalhador sobre o que produz.

A 2ª Revolução Industrial no início do século XX, tem na introdução do petróleo e da eletricidade nas fábricas e nas cidades como uma de suas marcas de transformação. Isso intensificou as mudanças na vida social, política e cultural e, principalmente econômica, das sociedades. As máquinas vão sendo introduzidas em todos os setores da economia, substituindo e ao mesmo tempo intensificando o trabalho humano. A forma de produzir e de organizar o trabalho havia se transformado drasticamente.

O modelo de produção que se destaca é o Fordismo, no período compreendido entre a Primeira Guerra Mundial até a década de 1970. Sistema de produção elaborado por Henry Ford em sua fábrica de automóveis nos Estados Unidos.

Antunes (1997), em sua obra “Adeus ao Trabalho”, evidencia as características do referido modelo destacando a linha de montagem acoplada à esteira de produção, com intenso aproveitamento de tempo e eliminação da movimentação dos trabalhadores dentro da fábrica, produção em massa, padronizada, estrutura verticalizada da empresa com separação radical entre concepção e execução, exploração intensa e metódica do trabalhador, condições precárias de trabalho e utilização de mão de obra com baixa qualificação, ritmo de trabalho padronizado e imposto pela máquina.

Com o fordismo institui-se um sistema de organização do trabalho com base na intensa divisão e racionalização científica do trabalho, chamado de Taylorismo. Um dos objetivos é que por meio da especialização e estudo dos movimentos executados nas tarefas, aproveitar intensamente o tempo, dando a origem à chamada “Organização Científica do Trabalho”, que conjuga a utilização da maquinaria com o controle e disciplina fabril, assegurando a eliminação dos tempos ociosos e elevando a produtividade (CATTANI, 2002).

A estrutura de sociedade, na época, se caracterizava pelo predomínio das atividades secundárias, consumo de massa, tendo como principais recursos os meios de produção, matérias-primas e a produtividade.

O Estado era intervencionista e provedor do Estado de Bem-Estar e visão de mundo “multinacional. A sociedade era dividida, basicamente, em três classes: proletariado, classe média e burguesia, cujo centro de conflitos era a propriedade dos meios de produção” (RUBERTI, GELINSKI, GUIMARÃES, 2010).

Segundo os autores citados acima, nos anos setenta do século XX, o modelo de produção fordista entrou em declínio em função do aumento das pressões sociais contra a extração da elevada taxa de mais-valia, a redução do consumo, sucessivas crises do petróleo e elevação das taxas de juros, causando a queda da rentabilidade das empresas.

No mesmo período, assiste-se ao aumento da concorrência internacional causada pela crescente participação do Japão no mercado mundial, assinalada por uma nova forma de organizar a produção, o “chamado modelo de produção toyotista/japonês, também identificada como a 3ª Revolução Industrial.

O novo modelo apresenta como características a “automação flexível”, trazendo para o interior da produção a tecnologia, a robotização e a mecanização da produção. A flexibilidade e a inovação tornam-se requisitos para o funcionamento das empresas. É nesse contexto de inovações tecnológicas, da globalização<sup>10</sup> em suas dimensões comerciais, produtivas ou financeiras, que surge o modelo de produção japonês ou toyotista.

O referido modelo iniciou seus passos após a II Guerra Mundial no Japão e logo foi empregado nas maiores companhias do país. Mas foi na década de 1970 com os avanços da microeletrônica, que se alcançou amplitude mundial, surgindo também nos países ocidentais, como uma saída à crise capitalista da referida década. Antunes (2003) apresenta as principais características do modelo toyotista:

- Produção vinculada à demanda, procurando atender as diferentes exigências dos consumidores. Os produtos são, portanto, diferenciados, em contraposição ao modelo de produção fordista em que a produção era em série, de massa e produtos homogêneos;
- Trabalho em equipes multiqualificadas, nas quais os operários trabalham em conjunto executando diferentes tarefas;
- Processo de produção flexível, em que cada operário fica responsável por operar várias máquinas ao mesmo tempo, exigindo um trabalhador polivalente;
- Tem como princípio o just-in-time, produzir no tempo e com a quantidade de estoque exata;

---

<sup>10</sup> A globalização pode ser definida como a “intensificação das relações sociais em escala mundial, que ligam localidades distantes de tal maneira que acontecimentos locais são modelados por eventos ocorrendo a muitas milhas de distância e vice-versa. Este é um processo dialético porque tais acontecimentos locais podem se deslocar numa direção inversa às relações muito distanciadas que os modelam. A transformação local é tanto uma parte da globalização quanto a extensão lateral das conexões sociais através do tempo e espaço. Assim, quem quer que estude as cidades hoje em dia, em qualquer parte do mundo, está ciente de que o que ocorre numa vizinhança local tende a ser influenciado por fatores — tais como dinheiro mundial e mercados de bens — operando a uma distância indefinida da vizinhança em questão” (IANNI, 1994, p.151-152).

- Funcionamento por meio do sistema kanban, que nada mais são do que placas informativas ou senhas de comando que controlam a reposição de peças e estoques;
- Estrutura horizontalizada, em oposição à extrema verticalização do fordismo;
- Organização dos Círculos de Controle de Qualidade (CCQs), trazendo ao trabalhador a responsabilidade de pensar e executar o processo de produção para o alcance de melhores resultados de produtividade para a empresa;
- Implementou o “emprego vitalício” para o núcleo central de trabalhadores da empresa (20% a 30% do total de trabalhadores), excluindo desse grupo, as mulheres, os temporários, os subcontratados, que não têm quaisquer direitos trabalhistas ou garantias de emprego.

O conhecimento técnico-científico aplicado na produção introduziu a “automação flexível” com a entrada de máquinas acopladas a computadores. Desenvolvem-se os setores da informática, a telemática, mecatrônica, biotecnologia, biogenética, entre outros. Todo este desenvolvimento tecnológico no âmbito da produção possibilitou às empresas flexibilizar o processo produtivo, adaptando as máquinas com menor custo e tempo aos diferentes tipos de bens produzidos e permitindo atender diferentes demandas dos consumidores.

Diferente de um trabalhador no modo de produção fordista, na produção toyotista o que se exige do trabalhador é desenvolver várias atividades, com um determinado nível de conhecimento, ou seja, precisa ser um funcionário multiprofissional que possa realizar diversas tarefas na produção, controle e organização do posto de trabalho.

Outra característica é a diminuição da mão de obra, espaço, tempo, estoques, chamada de produção enxuta, e tem como resultado uma quantidade maior e mais diversificada de produtos com mínimo de defeitos. Há a eliminação da hierarquização de atividades e o direcionamento para as atividades central do processo produtivo, terceirizando parte das atividades complementares e subcontratando empresas para realizar atividades auxiliares, não ligadas diretamente ao processo produtivo, como limpeza, alimentação, transporte, vigilância, etc.

A flexibilização não ocorre somente no campo da produção, mas também vai atingir diretamente ao trabalhador que é tão mais explorado que no processo de produção fordista, pois as exigências que se colocam ao trabalhador na execução de seu trabalho, requerem um trabalhador qualificado e polivalente, mas as relações de contrato de trabalho se flexibilizam de tal maneira que:

Dada a incerteza quanto ao trabalho, surge a dificuldade de conciliar a necessidade de obtenção de mão de obra qualificada com uma situação em que predominam contratos temporários, não regulamentados ou terceirizados. Sem estímulo, segurança, perspectiva e confiança, o trabalhador não investe em sua qualificação ou bom desempenho dentro da fábrica. (KÓVACS, 2001 apud RUBERTI, GELINSKI, GUIMARÃES, 2010, p.08)

Pautado em Antunes (1997), há que se destacar que embora se esteja sob o desenvolvimento do modelo toyotista de produção, ainda se concretizam modelos e características fordistas de produção, pois na sociedade em que se vive há níveis de maior e menor desenvolvimento seja no campo da produção, econômica, política, social, entre outros.

O que se constata é que as transformações tecnológicas interferem nos processos de trabalho, no mercado da força de trabalho, nos processos de troca, etc. Então, a partir do processo da focalização e da flexibilização da produção e das relações de trabalho o que se constata que estas alterações não ocorrem somente no setor primário e secundário, mas principalmente no setor de serviços a partir da década de 1990, discussão esta a se aprofundar no próximo item.

## 1.1 O TRABALHO NO SETOR DE SERVIÇOS

Há consensos entre vários autores que desde a Revolução Industrial tem crescido o conjunto de atividades que não estão diretamente vinculadas à produção industrial e ao setor primário da economia. Muitas destas atividades, que eram feitas no âmbito da empresa, passam a ser desenvolvidas por serviços especializados fora dela. Constitui-se o que se chama o **Setor de Serviços**, crescendo o conjunto de atividades comerciais, de serviços de educação, saúde, segurança pública, dentre outros.

Agregando uma diversidade de atividades, o setor de serviços caracteriza-se pela heterogeneidade e variedade, seja em termos das características de produto e de processo ou das estruturas de mercado. Observa-se que a definição de serviços é problemática, porque incorporam uma grande variedade de atividades cuja produção não é mensurável em unidades físicas ou o produto somente existe durante o processo produtivo, não havendo estoques, ou seja, caracterizam-se por serem intangíveis, intransferíveis e apresentam contato direto entre produtor e consumidor.

A discussão sobre serviços já remonta desde os clássicos como Marx (2006) e Smith (1999), que mesmo apresentando diferenças conceituais, contribuem com o assunto a partir da teoria valor-trabalho. A diferença está no conceito de trabalho produtivo e na interpretação quanto à função econômica e contributiva de valor dos serviços. Quanto ao valor, o mesmo é explicado a partir da quantidade de trabalho incorporada no processo de produção das mercadorias.

A análise de Smith quanto à diferença entre trabalho produtivo e improdutivo está referenciada numa visão material do processo de valorização do capital. Um bem só tem valor quando é palpável, concreto, visível e estocável, de forma que o trabalho nele aplicado seja reprodutível, capaz de se perpetuar ao longo das transações econômicas, permitindo a aquisição de novos bens e serviços. O trabalho produtivo é todo trabalho reprodutível, que forma uma reserva de valor, concreta e material, de modo a possibilitar a acumulação de riqueza (MEIRELLES, 2006).

Em contrapartida, o trabalho é improdutivo quando não acumula riqueza, não se fixa em nenhum objeto ou bem físico concreto e material, não forma uma reserva de valor que possibilite a aquisição de novos bens e/ou serviços. São atividades de serviço, essencialmente intangíveis. Embora o trabalho realizado nestas atividades seja recompensado também através do pagamento de salários, o trabalho realizado não necessariamente assume uma forma material. É um trabalho incapaz de armazenar valor e alavancar novas atividades, não contribuindo direta e ativamente na formação do produto anual de um país, devendo, portanto, ser considerado improdutivo (SMITH, 1776, p.581-2 apud MEIRELLES, 2006, p.121).

Na visão de Smith, além de improdutivas, as atividades de serviço são também de baixa rentabilidade, pois são atividades incapazes de gerar lucros suficientes para a sua manutenção e expansão. Por isso, grande parte destas atividades é realizada pelo governo, financiada a partir de taxas e impostos cobrados pelas autoridades públicas.

Para Marx, diferentemente de Smith, não é a materialidade do produto que define se determinada atividade econômica é ou não produtiva, se ela agrega ou não valor, pois a relação de compra e venda não é uma relação entre objetos e coisas, e sim uma relação social. Nesta perspectiva, a definição de trabalho produtivo se dá de forma independente do conteúdo material e tangível da mercadoria.

O trabalho é produtivo quando contribui para a formação de um excedente na economia. Para isso, é necessário que a realização do serviço esteja baseada em relações capitalistas de produção, de forma que a subsunção do trabalho ao capital permita a obtenção de lucros. Ou seja, é a “capacidade de geração de mais-valia, sob a forma de lucros, que



define se uma atividade é ou não produtiva, seja ela uma atividade de produção de bens ou uma atividade de serviço” (MEIRELLES, 2006, p.122).

A ausência de uma base material não impede que o serviço tenha valor, principalmente valor de uso. Na visão de Marx, a ação da força de trabalho em movimento no circuito produtivo não é prerrogativa para que o trabalho aplicado seja considerado produtivo, ou seja, um trabalho que agrega valor. Do ponto de vista produtivo, o importante é que se estabeleça uma relação capitalista de produção. Esta proposição é válida tanto para a produção de bens quanto a de serviços (MEIRELLES, 2006).

Para Marx, os serviços mesmo sendo consideradas produtivas, mediante relações capitalistas de produção, só adquirem importância econômica quando associadas ao processo de valorização do capital industrial.

Desse modo, os únicos serviços considerados relevantes do ponto de vista econômico são os serviços de comunicação, transporte e armazenamento de mercadorias porque estes serviços evitam a deterioração do valor de uso e tornam o produto acessível para o consumo, proporcionando a realização da mais-valia obtida no processo de produção e, assim, completando o ciclo de valorização do capital.

Neste sentido, Marx avança significativamente em relação a Smith, porque todos os serviços cujo processo produtivo se dê em bases capitalistas de produção são considerados produtivos, independentemente do resultado deste processo ser tangível ou intangível.

Porém, mesmo considerando a possibilidade das atividades de serviço ser produtiva, Marx abandona esta perspectiva de análise, dedicando pouca ou quase nenhuma atenção aos serviços, dedicando sua análise em explicar a sociedade econômica de sua época, o “mundo das mercadorias”, compreendendo a lógica de funcionamento da economia capitalista baseada essencialmente na produção industrial.

A discussão sobre o setor de serviços ganha visibilidade nos anos de 1930, principalmente sob análise econômica. Primeiramente era denominada de terciário, tendo como representantes principais dessa discussão os autores Fischer (1933) e Clark (1940)<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Foi Fisher quem propôs uma classificação das atividades econômicas em primárias, secundárias e terciárias, identificando-as para cada caso concreto; a característica do terciário é que produzia bens imateriais. Clark, em 1940, reafirma as ideias de Fisher quanto à divisão da produção econômica em três grandes setores. Em 1957, quando publicou a terceira edição de sua obra, originalmente de 1940, *The conditions of economic progress*, Clark introduz a expressão “Serviços”, porque a considerava muito mais adequada para expressar a grande variedade de atividades aí incluídas. Ele também reconhecia que algumas atividades se orientavam quase que exclusivamente para o consumo final, enquanto outras para o consumo intermediário; umas utilizam capital enquanto outras são intensivas em trabalho. É evidente que o próprio desenvolvimento econômico contribuiu para que surgissem teorias sobre a natureza e a evolução destas atividades (MELO et. al., 1997, p.03).

Nos anos 1980, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e alguns organismos vinculados a esta organização tentaram classificar as atividades do setor de serviços. Browning e Singelmann (1978) propuseram uma divisão dos serviços em quatro grupos, identificados segundo a orientação da demanda, que estão discriminados abaixo:

**Serviços Produtivos:** utilizados pelas empresas durante o processo produtivo, atividades intermediárias por natureza (seguro, serviços bancários, serviços jurídicos, propaganda e publicidade, comunicação, corretagem);

**Serviços Distributivos:** após completado o processo produtivo são as atividades de distribuição dos bens (transporte, comércio, armazenagem);

**Serviços Sociais:** atividades prestadas à coletividade (educação, saúde, lazer, administração pública);

**Serviços Pessoais:** atividades prestadas aos indivíduos (hotelaria, restaurantes/bares, cabeleireiros, domésticos). (BROWNING, SINGELMANN, 1978 apud MELO et. al., 1997, p.08)

É importante ressaltar que o aumento do setor de serviços não está diretamente relacionado ao grau de desenvolvimento do país. Dada a diversidade dos serviços, sua predominância pode estar relacionada tanto a uma economia de serviços modernos, quanto à presença de serviços de atividades tradicionais, portadoras de baixos níveis de produtividade e refúgio da mão de obra com baixa qualificação. Como exemplo, cita-se:

Do setor de serviços decorrem as diferenças de qualificação de mão de obra exigidas para desempenhar determinada atividade, umas absorvem pessoal expulso do campo e excluído da indústria, como serviços de faxineira, porteiro ou segurança, que exigem baixo nível de qualificação. No entanto, há atividades como consultorias, finanças, bancos, comunicações, que exigem maior qualificação de mão de obra devido às características tecnológicas dessas atividades. (RUBERTI, GELINSKI, GUIMARÃES, 2010)

No contraponto a esta forma de interpretar e entender o setor de serviços, Offe (1991) defende que os autores não chegaram a um conceito que expresse a dimensão do setor de serviços, sendo redundante entendê-lo como trabalho imaterial, não produtivo.

Para tanto, defende que para uma definição funcional do setor de serviços é preciso partir da constatação de que no processo de reprodução de uma estrutura social há duas

funções parciais. A primeira relaciona-se com a necessidade de satisfazer as condições físicas de sobrevivência, através das respectivas atividades econômicas e produtivas. Segundo, de atividades “que servem à manutenção ou modificação das formas de preenchimento da função inicialmente mencionada” (OFFE, 1991, p.15).

Offe (1991), ao expor as duas funções, conclui que a primeira função é uma função parcial de produção e a segunda é uma certificação da forma de produção e complementa afirmando que:

Seu cerne consiste na afirmação de que o setor de serviços abrange a totalidade daquelas funções no processo da reprodução social, voltadas para a **reprodução das estruturas formais**<sup>12</sup>, das formas de circulação e das condições culturais paramétricas, dentro das quais se realiza a reprodução material da sociedade. (OFFE, 1991, p.15, grifo nosso)

É possível verificar que os serviços adquiriram uma importância no emprego e nas transações econômicas gerais, tanto como atividade principal ou secundária de apoio à produção manufatureira e agrícola.

Nas abordagens contemporâneas sobre o setor de serviços, identificam-se várias interpretações, mas essencialmente se encontram, de um lado, autores que defendem que os serviços devem ser analisados e centrados nas características de Oferta (do processo de produção e do produto gerado) e, de outro lado, autores que centram suas análises nas características de Consumo (relacionadas às funções desempenhadas pelos serviços e o público a que se destinam – indústria, famílias e entidades de governo)<sup>13</sup>.

Com relação a análise focada na Oferta, as características que compõem os serviços são: o fluxo, variedade e uso intensivo de recursos humanos.

O fluxo reflete as propriedades de simultaneidade e de continuidade do processo de prestação do serviço. O processo só é disparado quando há a solicitação do usuário, de modo que o serviço acontece sob a forma de fluxo de trabalho contínuo no tempo e no espaço. [...] Resulta em duas propriedades: a inestocabilidade e a incomensurabilidade. [...]. A variedade se refere à diversidade de

---

<sup>12</sup> O conceito da reprodução das estruturas formais compreende a manutenção das condições físicas da vida social, dos sistemas de normas culturais e legais, a transmissão e o desenvolvimento do acervo de conhecimento de uma sociedade, seus sistemas de informação e circulação (OFFE, 1991, p.15).

<sup>13</sup> Para aprofundar as categorias analíticas e suas tipologias no âmbito do setor de serviços na contemporaneidade indica-se a leitura de alguns autores como: Gershuny e Miles (1983), Nusbaumer (1984), Walker (1985), Marshall (1988) e Hill (1976; 1999), Marshall e Wood (1995). Não é objetivo do estudo aprofundar a discussão do setor de serviços, mas pontuar questões importantes para relacionar com os serviços e as práticas profissionais em saúde, o que será tratado posteriormente.

técnicas produtivas e às diferenças no tamanho e na margem de lucro das empresas prestadoras de serviço. [...] O uso de recursos humanos, reflete o fato de que, apesar da crescente incorporação do progresso técnico, através de máquinas e equipamentos, os recursos humanos representam o fator produtivo predominante no processo de prestação de serviço, porque serviço é uma atividade interativa e, portanto, a natureza relacional da atividade depende essencialmente de recursos humanos para realizar a interface com os consumidores/usuários. Por conta desta característica é atribuído aos serviços o caráter de intensivo em informação. (MEIRELLES, 2006, p.126)

As análises centradas nas características de demanda ou de consumo tem a hipótese de que a dinâmica do setor de serviços varia de acordo com o fim último e com o grupo de consumidores a que se destinam os serviços. Por isso são classificadas em serviços intermediários (serviços produtivos) que estão orientados para o desenvolvimento de atividades produtivas da indústria e das empresas e; serviços finais (serviços de consumo) voltados para o desenvolvimento de atividades para o uso individual, como serviços domésticos, lazer, entretenimento e, coletivo como segurança, saúde, educação, etc.

Na abordagem contemporânea sobre o setor de serviços, identifica-se uma fragilidade teórico-metodológica que tem suas raízes na própria metodologia de classificação do padrão ISIC – International Standard Industrial Classification, que é adotada por organismos multilaterais como a ONU, Banco Mundial e FMI. A maior parte das estatísticas dos países utiliza a classificação ISIC, que categoriza os serviços em: distributivos, sem fins lucrativos, às empresas e ao consumidor.

Segundo Meirelles (2006) por ser uma metodologia de cunho eminentemente industrial e derivada de uma visão essencialmente material da economia, acaba-se tratando as atividades de serviço como uma categoria residual, abarcando uma variada gama de atividades sem nenhum nexo conceitual e analítico.

A mesma autora em seu estudo sobre o setor de serviços, defende que a natureza específica das atividades de serviço reside no fato de serem essencialmente realização de trabalho, independente das características formais do processo produtivo ou do produto resultante deste processo. Por isso, parte da hipótese de que serviço é realização de trabalho, derivando-se três postulados:

- Serviço é trabalho na sua acepção ampla e fundamental, podendo ser realizado não só através do trabalho humano como também através do trabalho mecânico;
- Serviço é trabalho em processo, na concepção dinâmica do termo, trabalho em ação;

➤ Todo serviço é realização de trabalho, mas nem toda realização de trabalho é serviço, ou seja, não existe uma relação biunívoca entre serviço e trabalho. Em todas as etapas do processo econômico em que se realiza trabalho há um serviço em potencial, mas para que este potencial se realize é necessário que o processo de trabalho em questão seja uma atividade econômica autônoma, estruturada a partir de um arranjo contratual (formal ou informal), onde o objetivo de sua constituição é a prestação de trabalho (MEIRELLES, 2006, p.130).

Para Meirelles (2006), o trabalho realizado nas atividades de serviço não é diferente do trabalho realizado nas demais atividades produtivas, pois serviço é apenas trabalho autonomizado. O trabalho tanto pode estar baseado em recursos humanos como em máquinas e equipamentos, porque a forma de trabalho não é o que caracteriza uma atividade de serviço e sim o próprio processo de realização de trabalho.

A seguir, ilustra-se com base nos estudos da autora um quadro que demonstra que a prestação de serviço pode se dar em três níveis de acordo com o processo econômico em que o serviço se insere:

Quadro 1 - Classificação dos serviços nos processos econômicos

PROCESSO ECONÔMICO	TIPOS DE SERVIÇO	EXEMPLOS
Processo de trabalho puro	Serviço puro	Serviços domésticos; Serviços de entretenimento e lazer;
	Consiste em realizar um trabalho único e exclusivo. O resultado do processo de trabalho é o próprio trabalho, não há necessariamente um produto resultante.	Serviço de consultoria; Serviços de assistência técnica; Serviços de pesquisa e desenvolvimento de produtos; Serviços de saúde e educação; Serviços governamentais de defesa e segurança, etc.
Processo de transformação	Serviço de transformação	Serviços de alimentação;
	Consiste em realizar o trabalho necessário à transformação de insumos e matérias-primas em novos produtos.	Serviços decorrentes da terceirização de etapas do processo de transformação.

CONTINUA

<p><i>Processo de troca e circulação</i></p>	<p><i>Serviço de troca e circulação</i> <i>Consiste em realizar o trabalho de troca e circulação, seja de pessoas, bem (tangíveis ou intangíveis), moeda, etc.</i></p>	<p><i>Serviços bancários; Serviços Comerciais; Serviços de armazenamento e transporte; Serviços de comunicação; Serviços de distribuição de energia elétrica, água, etc.</i></p>
--	--	--

Fonte: MEIRELLES, 2006, p.132.

Para a autora ao adotar essa definição estabelece-se uma visão ampla e geral da natureza e função econômica dos serviços no contexto econômico e social, porque as condições de trabalho sempre mudam; os arranjos contratuais sobre os quais os serviços se estruturam podem mudar; mas a essência dos serviços continuará a ser realização de trabalho em processo.

Por ser o serviço um trabalho em processo, a prestação de serviço acontece simultaneamente ao consumo. A produção só ocorre a partir do momento em que o serviço é demandado e se encerra quando a demanda é atendida. Há uma simultaneidade entre o ato de produzir e consumir o que torna os serviços inestocáveis, pois o seu fornecimento se dá de forma contínua no tempo e no espaço e, se extingue quando se encerra o processo de trabalho.

A interatividade também é uma característica na prestação de qualquer serviço, através da interação entre prestadores e usuários de serviço, pois não é possível a existência de um fluxo contínuo de trabalho sem um canal interativo que dê suporte.

Para Meirelles (2006), esta interação pode ser tanto pessoal e direta, como técnica, definida a partir de meios físicos de conexão, como as redes físicas de fios, cabos e dutos utilizados para a prestação de serviços de infraestrutura econômica.

Outro atributo dos serviços é sua dimensão de irreversibilidade, pois ao se iniciar o processo de realização de trabalho não é possível revertê-lo. “É possível interrompê-lo, mas não revertê-lo, porque parte de sua ação e de seu efeito já se deu ao longo do processo de trabalho.” (MEIRELLES, 2006, p.133)

Para a autora, diferentemente dos autores contemporâneos destacados anteriormente, a caracterização de uma atividade de serviço e o seu conteúdo produtivo não depende da

forma como esse trabalho é consumido no processo produtivo. O grau de intangibilidade do resultado do processo de trabalho ou o uso a que se destina não interfere na geração de valor. Se não há realização de trabalho, não há serviço, não havendo também a geração de valor<sup>14</sup>.

Diante das considerações e no intuito de pontuar algumas perspectivas conceituais sobre o Setor de Serviços, o que se observa é a relevância deste setor que se evidencia no crescente aumento nas transações de comércio internacional e, das empresas dos setores financeiro e de comunicações que se constituíram num dos espaços privilegiados para a propagação dos efeitos da revolução microeletrônica.

Isto se deve à introdução do novo paradigma econômico-tecnológico, introdutora de novos produtos e geradora de um processo de reestruturação industrial caracterizado por avanços significativos de produtividade e pela globalização das atividades econômicas.

O uso de novas tecnologias exige o aparecimento de novos serviços. Este processo traz novas exigências para a sociedade no campo da educação, do treinamento/conhecimento e da saúde. Tais considerações reforçam a ideia da dificuldade de se definir adequadamente o setor Serviços. Por isso evidencia-se a:

Impossibilidade de se conferir tratamento homogêneo a serviços tão díspares como os serviços financeiros, jurídicos, de informática, comunicações, engenharia, auditoria, consultoria, propaganda e publicidade, seguro e corretagem, estes na vanguarda tecnológica, e seus aliados tradicionais, os serviços de transportes, comércio, armazenagem. A estes juntam-se ainda os serviços oferecidos à sociedade pela administração pública, defesa/segurança nacional, saúde e educação e os serviços privados ofertados para o atendimento da demanda individual. A esta heterogeneidade estrutural deve-se adicionar uma tendência de que a participação dos serviços na economia seja tanto maior quanto maior seja a renda per capita. (MELO et. al., 1997, p.10)

Sobre estas alterações do modo de produção, o aumento do setor de serviços e as novas relações de trabalho que daí se derivam, De Masi (1999) vai chamar de um novo “paradigma tecnológico” em que se consolida uma “Sociedade Pós-industrial”. O autor também toma como marco da Segunda Guerra Mundial como o cenário e que estas

---

<sup>14</sup> Quando não há realização de trabalho tem-se, na verdade, a exploração de um trabalho já realizado em processos produtivos anteriores, que foi acumulado e consubstanciado nesses ativos. Ou seja, não há geração de valor, e sim exploração de renda. Este é o caso, por exemplo, do aluguel de imóveis, que consiste essencialmente na exploração do trabalho de construção civil realizado anteriormente, que se consubstanciou no imóvel. Da mesma forma, a venda de licenças para o uso de softwares também consiste na exploração de um trabalho gerado anteriormente, que foi a concepção do software (somente quando se tem manutenção e atualização do software vendido é que se pode considerar a atividade como um serviço, pois há um trabalho sendo realizado) (MEIRELLES, 2006, p.134).

transformações começam a ocorrer trazendo como características a maior concentração dos trabalhadores no setor terciário, o declínio dos modelos de vida centrados na grande indústria. O Estado passa a ser neoliberal e a sociedade apresenta uma estrutura profissional com destaque para profissionais liberais, cientistas, indústria do lazer, cujos principais recursos seriam a informática, a biogenética, microeletrônica, etc.

A predominância das atividades no setor terciário em ocupação de mão de obra e contribuição ao produto nacional, serve para demonstrar que inicialmente o setor serviu para absorver um contingente de desempregados oriundos das atividades industriais e agrícolas. Mas o uso da tecnologia no setor de serviços também é presente, flexibilizando as atividades, reduzindo custos, diversificando as formas de contrato de trabalho, reduzindo postos e precarizando o trabalho.

Com isso, o setor de serviços vem adquirindo uma nova roupagem, que tem no centro das transformações as novas tecnologias da informação e o processo de reengenharia levando a introdução de novos produtos, aumentos da produtividade, redução de custos e alteração das exigências funcionais e educacionais de mão de obra.

O setor de serviços também se caracteriza com diversas alternativas de contratos de trabalho, com contratos por tempo determinado, temporários, suspensão temporária do contrato de trabalho, banco de horas, planos de demissão voluntárias para conseguir obter flexibilidade de mão de obra, de contratos e salários.

Braverman (1987) defende a ideia de que apesar do crescimento dos setores não envolvidos diretamente com a produção material, a tendência não é de ampliação de uma outra racionalidade diferente da encontrada no trabalho industrial. O trabalhador mesmo que apresente um diferencial salarial por estar inserido no setor de serviços e afastado dos piores aspectos da situação do trabalho, “não possui qualquer independência econômica ou ocupacional; é empregado pelo capital; não possui acesso algum ao processo de trabalho ou meios de produção fora do emprego e deve renovar seus trabalhos para o capital incessantemente a fim de subsistir” (p.341).

Sua atuação faz aumentar o capital e, nesta relação, embora predomine a subordinação à autoridade e submissão à exploração. Esses trabalhadores tanto têm prerrogativas e privilégios do capital, como comungam características da condição proletária, avançando porém na direção do proletariado.

Para Braverman (1987), essas camadas médias de emprego, incluem, trabalhadores especializados como engenheiros, enfermeiros, técnicos, empregados de vendas, da administração financeira e organizacional, dentro outros. Estes trabalhadores estão



submetidos a variadas condições de trabalho e o excedente de mão de obra permite tanto a diminuição dos salários, como a piora das condições de trabalho.

A partir do novo paradigma produtivo caracterizado por flexibilização produtiva, organizacional e do trabalho, as empresas reduzem ao máximo seus custos com estratégias de focalização de suas atividades, terceirizando ou subcontratando as demais, resultando no significativo crescimento da importância do setor de serviços na economia.

Deve-se entender o crescimento do setor de serviços como um componente de um processo amplo de reestruturação econômica e social que é moldado pelas demandas de produção rentável em economias de mercado, em que a forte integração e a múltipla responsabilidade entre os setores são apontadas como essenciais na indução do processo de crescimento.

Para finalizar, sem contudo concluir o tema Setor de Serviços, concorda-se com Meirelles (2006) que serviço não é improdutivo, não está isolado do processo de geração de riqueza porque é intangível, nem porque não está submetido à lógica de valorização do capital industrial. Serviço é realização de trabalho em processo e é a sua existência que garante a reprodução do capital aplicado no setor ao qual está vinculado, o que permite tratá-los de forma integrada no sistema econômico.

A discussão acima referida, contribuirá para compreender de que maneira se concretiza o processo de trabalho em saúde, e suscita questões essenciais para pensar o desenvolvimento do processo de trabalho no âmbito dos serviços de saúde.

## 1.2 O PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE

Atualmente convive-se com uma gama de problemas que alteram intensamente a capacidade dos serviços de saúde de responderem de forma eficaz às demandas por saúde na vida individual e coletiva dos cidadãos, o que pode ser detectado por meio de pouca efetividade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Essa situação tem sido observada cotidianamente nas instituições de saúde do Brasil, por meio de insatisfação e da insegurança dos usuários com o tipo de atendimento prestado e pela forma como os profissionais de saúde operam os serviços, desenvolvendo práticas histórico-socialmente determinadas pela ação médico-hegemônica.

Nessa perspectiva, o processo de trabalho em saúde remete à compreensão que ele compartilha características comuns a outros processos de trabalho que se dão na indústria e em outros setores da economia. Apresenta a divisão social e técnica do trabalho que resulta nas dimensões de natureza formativa dos profissionais de saúde; da gestão e da gerência dos serviços; e da sua produção propriamente dita dos serviços, operando ações promocionais, preventivas e curativas sobre a dor, o sofrimento e as demandas de saúde da população (RODRIGUES, ARAUJO, s/d).

A produção de serviços de saúde pode ser entendida dentro da categoria serviço<sup>15</sup>, expressando a necessidade de cumprir uma finalidade útil. Seus resultados, porém, não constituem mercadorias passíveis de comercialização, como produtos mercantis em si mesmos, mas são serviços produzidos pelo encontro entre quem produz e quem recebe. A produção é singular e se dá no próprio ato. Dessa forma, o profissional de saúde, durante o exercício de sua atividade, precisa manter uma relação humanizada com seus pacientes/usuários.

Embora a assistência à saúde tenha sua correspondência no setor de serviços, isso não impossibilita sua análise macroeconômica com base nas questões complexas de composição econômica e técnica do capital, até porque há um consumo de mercadorias (consultas, exames, medicamentos, etc) numa dimensão mercantil distinta.

A ideia de processo de trabalho em saúde é abstrata, porque há inúmeras formas tecnicamente particularizadas de realizar atos de saúde. Na saúde trata-se de um trabalho da esfera da produção não material. O produto é indissociável do processo que o produz sendo a própria realização da atividade.

Segundo Merhy (2007), Pires (1999) e Ribeiro (2009), o trabalho em saúde é um trabalho em ato, no momento exato em que ele ocorre que sempre é em relação com outro sujeito; ou seja; é um serviço que se funde na interrelação pessoal que no caso da saúde é particularmente forte e decisivo para a própria eficácia do ato.

Tomando por base a classificação realizada por Pires (1999) ao analisar o processo de trabalho dos profissionais de saúde, destaca que a finalidade é a ação terapêutica de saúde; como objeto, o indivíduo ou grupos doentes, sadios, expostos a risco que necessitam de ações curativas e de preservação a saúde. Quanto ao instrumental de trabalho, os instrumentos e as

---

<sup>15</sup> Esta palavra tem por trás de si uma tradição quase pejorativa: serviço vem de “servo”. A economia clássica não se preocupou com a análise teórica do que seja serviço, porque dentro da dinâmica da acumulação capitalista no século XIX esse não era um setor decisivo. Mas hoje, sem dúvida é o que marca a própria modernidade do capitalismo. E talvez o setor saúde seja um dos mais peculiares a essa nova forma de sociedade baseada na proeminência do trabalho em serviços (NOGUEIRA, s/d, p.183).

condutas representam o nível técnico do conhecimento que é saber de saúde. O produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida.

O trabalho em saúde não produz mercadoria, não representando valor de troca. Segundo Ribeiro (2009), o serviço de saúde e as práticas profissionais são experienciados de modo subjetivo e valorativo pelos usuários e, em ato podem ser avaliados os resultados produzidos: satisfação, resolutividade ou ao contrário.

O usuário do serviço de saúde contribui e faz parte ao processo de trabalho, pois fornece valores de uso necessários ao processo de trabalho desde a informação, sua história de queixa e/ou doença, até a realização do tratamento com prescrições médicas, exames, etc. Inclusive Meirelles (2006) já pontua a, interatividade, como condição indispensável na prestação de serviço, incluindo os serviços na área da saúde.

Constata-se que no cotidiano dos serviços de saúde há uma tensão constante entre as demandas dos usuários e a capacidade de resposta dos profissionais. Os serviços se organizam a partir de certas demandas que são demantárias dos usuários, mas que também podem ser entendidas e/ou confundidas como se fossem as próprias demandas dos serviços de saúde. Isto remete a discussão do valor de uso das práticas de saúde.

Na sociedade capitalista, o conceito marxista de valor de uso “expressa a utilidade do produto e permite o seu consumo” Essa utilidade é proporcional à suposição de que o produto em questão pode responder a necessidades. Valor de uso, portanto, não equivale à necessidade social. Os produtos (bens e serviços/práticas) são:

Meios com capacidade potencial de atender às necessidades sociais. Entretanto, acontece que na sociedade capitalista, frequentemente, os produtos são ofertados como se fossem equivalentes às necessidades, manobra ideológica que parte dos interesses do capital, transformando meios em fins. (OLIVEIRA, 2010, p.31)

Esta perspectiva evidencia a forma em que se consomem em saúde as consultas médicas, realização de exames, uso de medicamentos que passam a ser vistos como sinônimos de saúde. O desafio que se coloca segundo Oliveira (2010) é promover o deslocamento do valor de uso dos bens e serviços da ideia direta de atendimento a necessidades sociais, ou seja, a oferta de serviços não é sinônimo de produção em saúde.

O trabalho em saúde é um serviço que não se realiza sobre coisas ou sobre objetos, mas o trabalho se dá sobre pessoas com base na intercessão compartilhada entre usuário e o profissional, em que o primeiro contribui para o processo de trabalho, ou seja, é parte do

processo. Por isso o objeto da saúde não é a cura, ou a promoção e a proteção da saúde, mas a produção do cuidado, através do qual poderá ser atingidas a cura e a saúde.

Sob a influência das mudanças tecnológicas, o trabalho em saúde tem sofrido alterações nos modos de organização dos processos de trabalho, não apresentando características típicas do industrial, pois está no setor de serviços, mas sofre com a influência das organizações produtivas hegemônicas como o taylorismo e o fordismo.

Em sua maioria, o trabalho em saúde é um trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho.

Por ser um trabalho coletivo, é realizado por diversos profissionais tanto da área da saúde como de outros grupos que possuem uma série de atividades que mantém a estrutura institucional na saúde. Em função disso, mantém características de trabalho assalariado, da divisão parcelar do trabalho, apresentando inclusive trabalho profissional do tipo artesanal.

Outra questão que se aponta é a diferenciação dos profissionais no setor saúde, evidenciando sobremaneira a figura e o profissional médico que se sobrepõem aos demais profissionais em função de seu saber técnico e da sua representação na divisão social e técnica do trabalho.

Diante desta situação, Pires (1998) destaca que o trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando as ações e tomando atitudes em certa medida contraditórias.

Reforça ainda, a autora, que os profissionais de saúde dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional, mas os médicos, no âmbito do trabalho coletivo institucional, mesmo dominando o processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde como enfermagem, nutrição, fisioterapia, etc. Por outro lado, estes profissionais executam atividades delegadas mas mantém certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional (PIRES, 1998, p.89).

Na saúde, os médicos, majoritariamente, ocupam espaços de decisão e mantém certa independência no que diz respeito ao seu trabalho, e poucos dependem unicamente do assalariamento. Tomando como referência o trabalho de enfermagem, o que se constata, a maioria é assalariada e apenas uma pequena parcela de enfermeiras(os) atuam de forma independente, fora do trabalho coletivo institucional.

É importante lembrar que a organização e a divisão do processo de trabalho definem-se pelo objetivo final que se quer atingir. Nesse sentido, a lógica da produção dos serviços centrada na concepção médico-curativa tem como finalidade a cura, orientada pela fragmentação dos procedimentos, pela tecnificação da assistência e pela mecanização do ato em saúde. Na discussão de Ribeiro (2009) sobre a análise dos processos de trabalho em saúde, colocam em evidência o:

- Reconhecimento indiferenciado das possibilidades de risco ou perturbação (modificação, desordem ou alteração) que influem nas intervenções diagnósticas ou terapêuticas, com pessoas diferentes e doenças comuns;
- Atuação, com mediações necessárias, em um campo permeado pela incerteza dos processos interventivos, ou dos resultados esperados, mesmo que apoiados em evidência clínica;
- Desenvolvimento de habilidades para mediar ações, contando com a imponderabilidade (ambiente físico, natureza humana, capacidade técnica, representação valorativa da sociedade);
- Controle dos métodos científicos e reconhecimento das evidências clínicas, entre outros meios estratégicos que envolvem a participação de sujeitos profissionais e usuários dos serviços, para promover a eficácia dos resultados. (p.62)

Para se pensar um novo modelo assistencial em saúde centrado no usuário, é fundamental resignificar o processo de trabalho. Esta discussão remete conseqüentemente ao modelo assistencial<sup>16</sup> em saúde, que hoje é marcado pela sua perspectiva neoliberal.

A configuração de um modelo de atenção em saúde está intrinsecamente vinculada às influências de ordem estrutural, advindas de uma decisão política, evidenciando, que existe uma lógica vigente que deve ser estabelecida num plano maior de diretrizes de construção de sistemas de saúde. Dentre essas lógicas, há duas que são fundamentais: a lógica econômica do sistema e a lógica de estruturação da demanda (CASTRO, WESTPHAL, 2001).

A relação lógica econômica é entendida como sistema de saúde, enquanto sistema produtor de bens e serviços para o “atendimento das necessidades de saúde do cidadão ou para o atendimento da demanda do consumidor, como qualquer outro setor produtivo dentro do campo da economia” (CASTRO, WESTPHAL, 2001, p.94). Tal lógica pressupõe um

---

<sup>16</sup> O modelo assistencial ou de atenção à saúde constitui a forma como são organizados os serviços de saúde em um determinado espaço, com uma população definida, e “como aqueles, com processos de trabalho diferentes, relacionando-se entre si e ainda quais são os produtos resultantes dos seus processos de trabalho e como esses produtos são distribuídos entre a população” (CASTRO, WESTPHAL, 2001, p.93).

Paim (1999b) também define modelos assistenciais ou modelos de atenção à saúde que podem ser compreendidos como “combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e das necessidades sociais de saúde historicamente definidas” (p.493).

retorno dos investimentos e gastos realizados nesse empreendimento que pode ser o lucro ou benefícios. O retorno, enquanto lucro, pressupõe, na saúde, um segmento que é do setor privado, podendo ser tanto pessoa física ou jurídica de caráter lucrativo.

Na categoria dos benefícios, o retorno se dá ao conferir como produto as necessidades e demandas da população satisfeita, no atendimento de uma necessidade social, “sendo que o resultado financeiro da operação traduz-se pelo déficit ou superávit, que não são contabilizados como lucro ou prejuízo de pessoa física ou jurídica” (CASTRO, WESTPHAL, 2001, p.94).

A lógica da estrutura da demanda, diz respeito à oferta dos serviços, ações e cuidados na atenção da saúde da população. Tem a preocupação na condução de seus princípios e diretrizes. Para esta lógica há dois caminhos que podem ser adotados, revelando ações diferenciadas entre si, traduzindo concepções divergentes, mas que se mesclam no contexto das ações de saúde.

De um lado, há a oferta da demanda espontânea, individual, segundo o interesse, a percepção e a vontade própria de cada pessoa que usa os serviços de saúde. Revela esta lógica, a concepção de mercado que com suas características e variáveis, configurar-se-ia num procura que determina a oferta, sem a intervenção ou regulação de nenhum outro ator, nessa relação direta entre produto e consumidor.

Essa lógica pressupõe que existe uma sociedade de abundância. As questões como problemas sanitários, habitação, educação, trabalho, lazer, transporte não existe. Parte-se da premissa de que as pessoas possuem uma consciência sanitária avançada e criteriosa que lhes permite escolher, o que é oportuno para a sua saúde.

Caracteriza-se pela prática da atenção médica que visa à maior quantidade possível de serviços de saúde para a população de maneira individual, por meio da clínica médica, uso de alta tecnologia e visa a tratar as enfermidades ou reabilitar pacientes portadores de sequelas. A figura do médico se torna central, pois é o único legitimamente apto a falar sobre saúde e doença.

Parte do entendimento de que quanto maior o número de doenças e doentes, mais atenção médica é necessária e para resolver um problema de saúde bastando achar a causa e eliminá-la ou corrigi-la, através da intervenção médica.

A outra lógica referencia-se na percepção do modelo de atenção à saúde como um fenômeno histórico e socialmente determinado, portanto não natural e como fenômeno social de natureza e características coletivas. A partir desta premissa, organiza-se e capacita-se a

produção das ofertas da demanda dos serviços de saúde. Segundo Castro e Westphal (2001), isso implica que:

A definição da oferta dos serviços e ações de saúde seja primeiramente instrumentalizada pela epidemiologia, e assim pautada em função dos grupos populacionais que experimentam situações de maior risco e gravidade de adoecerem e morrerem, quer seja por condições biológicas, econômicas, sociais e culturais. Sem, entretanto excluir ou descuidar-se dos indivíduos que no seu cotidiano estejam experimentando situações de dor e desconforto, ou seja, os doentes, aos quais deverão estar sendo ofertadas as ações de cura, com a oportunidade e resolutividade precisas. (p.95)

A oferta de demanda espontânea, ação realizada no modelo médico-assistencial privatista, está vinculada à idéia de consumo e captação de clientela. Diferentemente, a oferta de demanda organizada se realiza no âmbito de um estabelecimento de saúde ou de um distrito sanitário. Desta maneira, as noções de territorialização, integralidade da atenção e impacto epidemiológico reorientam o planejamento de saúde para uma população específica e recuperam o enfoque epidemiológico para o controle dos problemas de saúde.

O modelo de oferta organizada tende a superar as formas de ações caracterizadas por campanhas, programas especiais e a demanda espontânea. Paim (1999a) evidencia a importância da substituição dos programas especiais pela oferta organizada em nível local, redefinindo as características da demanda espontânea. Mantém-se nas unidades de saúde o atendimento da demanda espontânea, porém reduzida.

O autor, ao abordar estas questões, destaca que os programas são um conjunto de recursos (humanos, materiais e financeiros) e de atividades visando a objetivos bem definidos (nos casos dos programas especiais de saúde pública), geralmente, dispõem de uma administração única e vertical, de modo que atravessam estabelecimentos e serviços de saúde de forma individualizada e fragmentada.

Tem caráter mais permanente do que as “campanhas e quando geridos verticalmente, propiciam conflitos na ponta do sistema (centros de saúde, hospitais e laboratórios) pelas dificuldades de integração com outras atividades dos serviços de saúde” (PAIM, 1999a, p.478).

Este processo exige que as Secretarias de Saúde ao invés de se preocuparem somente com a oferta de serviços (demanda espontânea), teriam que atentar para as necessidades de saúde da população num dado território e para o impacto sobre as mesmas. O desafio é

proporcionar uma oferta organizada em função dos principais agravos e grupos populacionais prioritários e reorientação da demanda.

Então, quando se discutem os modelos de atenção em saúde, também se referem aos sistemas de saúde (PAIM, 1999b) ou produção social de saúde (MENDES, 1996) e discutir esta temática vem elucidar em que base a política de saúde atualmente é construída.

Ao se identificarem os modelos assistenciais vigentes no Brasil, encontram-se: o modelo médico-assistencial e o modelo assistencial sanitarista. O primeiro está voltado, fundamentalmente, para a chamada demanda espontânea. Tende a atender os indivíduos que, por livre iniciativa procuram os serviços de saúde quando sentem necessidade.

Paim (1999a) aponta que tanto os indivíduos como os grupos populacionais que não percebem a existência de problemas de saúde ou que não estejam alerta para as medidas de prevenção, não são cobertos e atendidos pelo sistema de serviço de saúde. “Caracterizam-se por indivíduos e grupos que procuram os serviços de saúde somente quando se sentem doentes.” (p.477)

Na organização dos serviços das instituições de saúde, este modelo se caracteriza pela oferta dos serviços em função da demanda, que chega até a mesma, caracterizada pela demanda espontânea e desordenada. “É a pressão espontânea e desordenada da demanda que condiciona a organização de recursos para a oferta.” (PAIM, 1999a, p.477)

Também se identifica o processo inverso, em muitas situações, a oferta é determinada pelos interesses mercantis, em relação às necessidades de saúde dos indivíduos ou grupos que a procuram. As ações desenvolvidas se caracterizam predominantemente por ações curativas, não há ênfase no atendimento integral do indivíduo e/ou comunidade e não há um comprometimento com o impacto sobre o nível de saúde da população.

O modelo assistencial privatista não se encontra somente nos espaços do setor privado, seja da medicina liberal ou da assistência médica supletiva (planos de saúde). Este modelo também está presente nos serviços públicos, como hospitais, centros de saúde e laboratórios. A organização dos serviços é medicamente definida com entendimento de que saúde é ausência de doença.

As ações desenvolvidas sob este modelo revelam ações fragmentadas, não priorizam a integralidade das mesmas e as necessidades da população e da comunidade nas quais estão inseridas. As ações de saúde se dão em função da demanda espontânea, seja de um “serviço de emergência num pronto-socorro, seja de serviço de pré-natal, num centro de saúde, seja de uma consulta médica num consultório particular” (PAIM, 1999a, p.477).



Concorda-se que ao abordar-se o modelo assistencial privatista, suas diretrizes, concepções e limitações identificam-se com o modelo vinculado ao paradigma flexneriano. O flexnerianismo se consolida como paradigma pelas recomendações do relatório Flexner, publicado em 1910, pela Fundação Carnegie, que teve amplo financiamento por parte de fundações privadas americanas no período de 1910 a 1930<sup>17</sup>.

O paradigma flexneriano está vinculado ao conceito de saúde e doença como ausência de doença e constitui uma âncora que permite sustentar a prática sanitária da atenção médica. Dentre algumas características que a singularizam, pressupõe a ênfase no “mecanicismo, no biologismo, no individualismo, na especialização, na tecnificação e curativismo” (MENDES, 1996, p.238-239).

Como o modelo privatista, dentro da concepção flexneriana de modelo, não altera consideravelmente os índices de saúde da população, as instituições públicas têm adotado o modelo sanitarista, mas de forma complementar e subordinada voltada para certas necessidades de saúde, sentidas ou não, através de campanhas e programas especiais de saúde pública.

As campanhas sanitárias geralmente desenvolvidas em caráter temporário requerem mobilização de recursos e dispõem de uma administração centralizada. Podem se caracterizar também por ações militaristas visando ao combate de uma epidemia, ao controle de determinado agravo à saúde, ou esclarecimentos e a informação da comunidade. Caracterizam-se por um trabalho focal, preocupado somente em atender as demandas emergenciais e pontuais quando a necessidade surge.

Diante do modelo reducionista privatista e da insuficiência em atender as necessidades em saúde pelo modelo sanitarista, Mendes (1996) propõe a construção social de um novo sistema de saúde que esteja fundado em três categorias centrais: a concepção do processo saúde/doença, o paradigma sanitário e a prática sanitária, destacando também que a “reforma sanitária deve preocupar-se com uma mudança paradigmática que permita transitar do paradigma flexneriano para outro”, que ele denomina de “paradigma da produção social da saúde” (p.238).

---

<sup>17</sup> As principais conclusões do Relatório Flexner foram a definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos; introdução do ensino laboratorial; estímulo à docência em tempo integral; expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; vinculação das escolas médicas as universidades; ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; vinculação da pesquisa ao ensino; estímulo à especialização médica e controle do exercício profissional pela profissão organizada. (MENDES, 1996, p.238)

O que se apresenta com as argumentações até aqui levantadas, com os autores citados, é que todo modelo está vinculado a um paradigma que contém concepções, visão de mundo, sociedade e aqui especificamente um paradigma para a saúde. A mudança de um paradigma sanitário é um processo lento, conflituoso de longa maturação porque influencia diretamente os planos político, ideológico e cognitivo-tecnológico.

Contrapondo-se ao paradigma flexneriano, Mendes (1996) propõe a adoção do paradigma da produção social da saúde, cujos fundamentos estão na teoria da produção social, que partem do pressuposto de que “tudo que existe é produto da ação humana na sociedade, abrangendo desta forma a produção de bens e serviços econômicos e não econômicos”. Toda criação do ser humano, a partir de suas capacidades políticas, ideológicas, cognitivas, econômicas, organizativas e culturais, é um processo de produção social que altera, por sua vez, essas próprias capacidades (p.240).

A teoria da produção social busca resgatar a realidade em sua dimensão global e superar o conceito de produção econômica restrita, incorporando como produções sociais, a produção política, organizativa, ideológico-cultural, cognitiva, etc.

A produção social é entendida como o “agir social de um ator que supõe o uso de recursos econômicos, de poder, de conhecimentos e em que essa produção reverte-se para o ator-produtor como acumulação e desacumulação de novos recursos econômicos, recursos de poder, valores e conhecimentos” (MENDES, 1996, p.240).

A teoria da produção social está dividida em três níveis: 1) Nível dos fatos ou fenoprodução: estão todos os fatos, sejam econômicos, políticos ou sociais. Qualquer bem ou serviço produzido e que, ao ser produzido, estoca-se como acumulação social. 2) Nível das acumulações sociais ou fenoestruturas: é o espaço dos atores e das organizações sociais, capazes de produzir fatos por meio de toda a capacidade acumulada econômica, ideológica, política ou cognitiva. 3) Nível das regras básicas ou genoestruturas: são fundamentais e definem os espaços de variedade do possível. Estão dadas, ainda que possam mudar. Este é o nível da essência e só é apreensível mediante uma teoria explicativa porque não é visível. É o mais inacessível do ponto de vista da intervenção, mas, também, o que, uma vez alterado, permite mudanças mais profundas (MENDES, 1996, p.240).

Neste sentido, o autor citado, destaca que a produção social da saúde implica, pois, considerar que numa sociedade determinada e num dado momento, respeitadas certas regras previamente determinadas, as fenoestruturas existentes, como capacidades acumuladas de produção de fatos, podem gerar fluxos de produção que, por sua vez, vão fenoestruturar-se, acumulando ou desacumulando saúde.

Atualmente, a sociedade brasileira pode contar com um modelo de saúde que visa construir um novo paradigma em saúde, não vinculado ao paradigma flexneriano, mas num modelo de saúde que visa à universalidade de atendimento e acesso, na integralidade das ações, que esteja vinculada aos interesses e demandas da população e principalmente na construção de um novo conceito de saúde, não vinculado ao conceito como ausência de doença.

Diante destas questões, são propostos, elaborados e experimentados alguns modelos alternativos, visando à integralidade da atenção e ao impacto sobre os problemas de saúde. Trata-se de experiências e proposições que buscam concretizar os princípios e diretrizes para a saúde, estabelecidos pela Constituição. Identificam-se os modelos de: ação programática em saúde; vigilância da saúde e políticas públicas saudáveis.

Mendes (1996) destaca a construção social de uma nova prática sanitária, que ele denomina de vigilância da saúde, entendida como “resposta social organizada aos problemas de saúde em todas as suas dimensões, organiza os processos de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes estratégias de intervenção” (p.245). Visa à integralidade, à intersetorialidade, à efetividade e à equidade.

Para o autor, a vigilância da saúde é mais ampla que as ações programáticas dela, pois envolve ações não médicas sobre os determinantes de seus problemas. “A vigilância da saúde é uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde.” (MENDES, 1996, p.243)

As estratégias de intervenção da vigilância da saúde resultam da combinação de três grandes tipos de ações, que são a promoção da saúde, prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa que tratará de combinar em eficácia e eficiências sociais, os três tipos de ação.

As ações aqui destacadas evidenciam que elas são dimensões necessárias na construção do modelo. Igualmente fundamentais as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, a prática sanitária da vigilância da saúde, necessita estar atrelada a três pilares básicos que são: território, os problemas de saúde e a intersetorialidade (MENDES, 1995). Como conceito para estas categorias, tem-se o entendimento de:

O território é o espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tencionam sujeitos sociais colocados, em situação, na arena política. Uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas, ao contrário, em constante reconstrução. É o território-processo que transcende a uma superfície-solo e as suas

características geofísicas, para instituir-se como território de vida pulsante, de conflitos de interesses, de projetos e de sonhos. Esse território é econômico, político, cultural e sanitário<sup>18</sup>.

Com relação aos Problemas de Saúde é a identificação de uma diferença entre o que é e o que deveria ser, de acordo com padrões e valores considerados desejáveis do ponto de vista de um ator social determinado. Em consequência, por problema de saúde deve entender-se a representação social das necessidades sanitárias, derivadas de condições de vida e formuladas por determinado ator social, com base em uma percepção de uma discrepância entre a realidade e uma norma instituída.

Quanto a Intersetorialidade, a proposta é a de reconhecer a multiplicidade dos olhares do espírito sobre a realidade multiforme. É um conjunto articulado de operações, organizadas intersetorialmente. O suposto está no fato de que a ação completa não ocorre num setor singular, mas exige a solidariedade de distintos setores (MENDES, 1996, p.248-253).

Isto reforça que ao se fundamentar a discussão do modelo, a partir do modelo da produção social da saúde, entende-se que tanto o modelo quanto à prática da sua vigilância devem ser socialmente construídas.

Para tanto, Mendes (1996) propõe dois projetos estruturantes que vão corroborar com este princípio, resgatando a noção de território, problemas de saúde e a intersetorialidade ganhando profundidade e concretude na construção do modelo de produção social da saúde. Como projetos estruturantes têm-se as “Cidades Saudáveis”<sup>19</sup>, e o “Distrito Sanitário”, este último, também discutido por autores como Paim (1999b) e Castro e Westphal (2001), como uma questão central na construção de um modelo.

Para o mesmo autor, a discussão de Distrito Sanitário é o que cuida da estruturação do campo dos serviços de saúde. Deve ser entendido como processo social de mudança das práticas sanitárias, dirigido para a eficiência e a eficácia social, a equidade e a democratização e que se institui em um território – normalmente a microrregião – nos quais estabelecem relações transacionais entre as instituições de serviço de saúde, reordenadas de acordo com

---

<sup>18</sup> Como base de ordenamento das práticas de intervenção no distrito sanitário há o território distrito, território-área, território-micro-área e território moradia. O primeiro refere-se à lógica político-administrativa, normalmente como espaço de um município. O segundo, refere-se à área de abrangência de uma unidade ambulatorial de saúde. Quanto ao território-micro-área é uma subdivisão do território-área na qual se concentram grupos populacionais mais ou menos homogêneos, de acordo com suas condições objetivas de existência. Por último, o território-moradia, institui o espaço de vida de uma micro-unidade social (família nuclear ou extensiva) (MENDES, 1995, p.167-169).

<sup>19</sup> O projeto Cidade Saudável permite a estruturação do campo da saúde, entendida como qualidade de vida e onde todos os atores sociais em situação (Governo, ONGs, famílias e pessoas) orientam suas ações para transformar a cidade em um espaço de produção social da saúde, com o fim de melhorar a qualidade de vida da população. É um movimento que procura instituir a gestão social, informada pela prática da vigilância da saúde. A saúde, como qualidade de vida, é colocada como objeto de todas as políticas públicas, entre elas as das políticas de serviços de saúde (MENDES, 1996).

certos princípios organizativos e assistenciais, e os conjuntos sociais em situação, com seus problemas, suas demandas e seus recursos econômicos organizativos (MENDES, 1996, p.265).

O conceito, para o autor, está fundado também no conceito de território-processo, que rejeita uma estrutura burocrática, e entende como espaço democrático de negociação entre os diferentes atores sociais em situação, criando apenas uma Comissão Intergestores Bipartite Microrregional. Esta comissão é formada pelas secretarias estaduais e municipais, dentro da estrutura burocrática já existente, responsável pelo apoio logístico ao funcionamento desta Comissão.

A distritalização também pressupõe entendê-la como dimensão processual, sem esquecer sua dimensão espacial dentro de um novo conceito de território-distrito. Sua conceituação é definida em virtude de uma direcionalidade: “a de conter, em si, a autossuficiência dos serviços de atenção primária, secundária e terciária. Por consequência, o distrito sanitário deve oferecer, organizadamente, serviços concernentes a esses três níveis de atenção” (MENDES, 1996, p.266).

Este processo faz emergir o Sistema Estadual de Saúde, baseado na distritalização da saúde, num trabalho articulado entre secretarias estaduais e municipais emergindo, então, as microrregiões. O distrito sanitário justifica-se pela própria natureza organizacional dos serviços de saúde.

Como processo de hierarquização, entendido como fundamental neste processo, os serviços devem estar organizados conforme o nível de atenção, conforme suas densidades tecnológicas. Mendes (1996) utiliza o termo densidade tecnológica ao invés de complexidade tecnológica e justifica destacando que é preciso entender que a atenção primária não é de baixa complexidade, pois, exige “conhecimentos, habilidades e práticas de alta complexidade porque estão inscritas em distintos campos da antropologia, da psicologia social, da sociologia, da economia, da medicina, comunicação social, educação” (p.267).

Os níveis de atenção exigem diferentes composições tecnológicas em função de sua especificidade de atendimento e densidade, custo e viabilidade na solução do conjunto dos problemas de saúde. Os problemas menos frequentes correspondem composições tecnológicas mais densas e, portanto, mais custosas (geralmente vinculadas ao atendimento secundário e mais especificamente no atendimento terciário).

Mendes (1996) propõe o encontro, no distrito sanitário entre a microrregionalização e a hierarquização, tendo que no território-distrito estarem distribuídos de maneira eficiente os serviços de atenção primária, secundária e terciária.

A atenção primária deve ser prestada por cada município em seus territórios de abrangência. A população e demanda é hegemonicamente coletiva e sua base organizacional é a epidemiologia. Insere-se neste espaço a ESF.

A ESF se caracteriza por uma estratégia de organização da atenção primária que procura instituir na prática social, o novo paradigma da produção social da saúde. Por consequência estará referida pela saúde e, não exclusivamente, pela medicina.

Nos níveis secundário e terciário, em razão de economia de escala e de disponibilidade de recursos, ser relativamente centralizados, seu sujeito é hegemonicamente individual e sua base organizativa é a clínica. Centram-se nos consórcios de saúde.

Castro e Westphal (2001), ao conceituarem distrito sanitário, resgataram a importância do mesmo evidenciando a necessidade da reconstrução do Sistema Nacional de Saúde, tendo como parâmetro os princípios e diretrizes destacadas no modelo constitucional de saúde por eles defendidos, ou seja, atualmente baseiam-se nos princípios e diretrizes do SUS, garantidas na CF/1988.

Chamam a atenção para os conceitos de processo, de território com suas especificidades de áreas e microáreas de risco, como pré-requisitos de planejamento e programação de saúde. Juntando-se a isso, os autores destacam a necessidade de trabalhar por problemas, a serem identificados, explicitados e priorizados através de uma metodologia fundamentada no referencial e conceitual teórico do Planejamento Estratégico Situacional.

O processo de Planejamento Estratégico Situacional se dá com participação de diferentes atores sociais e com a criação e implantação de um “sistema de informação de saúde local que subsidiará o processo de planejamento e programação das operações e ações que se fizerem necessárias ao enfrentamento dos problemas que foram priorizados” (CASTRO, WESTPHAL, 2001, p.98).

Castro e Westphal (2001), ao fazerem esta discussão quanto ao distrito sanitário e as práticas sanitárias decorrentes, resgatam o conceito de vigilância, entendido como o desenvolvimento de ações e operações de caráter integral de promoção, proteção e diagnóstico, cura e reabilitação, multissetorial, “voltadas para o enfrentamento dos chamados problemas de caráter contínuo, que foram identificados e priorizados no território dos distritos, existentes no seu universo ou nas microáreas identificadas” (p.99).

Neste sentido, outra temática presente na discussão realizada pelos mesmos autores em relação à Vigilância a Saúde é ao PSF e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Para eles, ambos os programas integram a Vigilância a Saúde, porque estão vinculados à noção de integralidade e intersetorialidade das ações, com base municipal e

regionalizado, “transcende em termos de necessidades a serem satisfeitas a disponibilidade instrumental, tecnológica e de outros recursos de que a equipe ou a Unidade Básica de Saúde de Saúde da Família é portadora ou possuidora, por mais plena e completa que seja” (CASTRO, WESTPHAL, 2001, p.100).

Portanto, para os autores, a “Vigilância a Saúde” deve ser entendida como potencializadora, catalisadoras e definidoras da ação intersectorial a ser articulada e desenvolvida na dimensão da promoção da saúde, na construção de um município saudável, no desenvolvimento da vigilância epidemiológica e na vigilância monitorada, na organização da demanda, conferindo melhor qualidade de vida e de saúde para a população, transcendendo o “lôcus estrito do aparelho do setor saúde, para outro lócus, onde as políticas sociais de outra natureza deverão ser elaboradas e operadas” (CASTRO, WESTPHAL, 2001, p.99).

Quando se recorre a Paim (1999a), o distrito sanitário é entendido como unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, é definida a partir de alguns critérios como: geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos. É o espaço em que se localizam os recursos de saúde, públicos, privados, com a participação da sociedade organizada para desenvolver ações integrais de saúde capazes de resolver maior quantidade possível de problemas de saúde (p.482).

A proposta de distrito sanitário reforça também o caráter coletivo das necessidades de saúde e conseqüentemente sua determinação histórica e social. Os problemas de saúde não se reduzem apenas à necessidade de serviços médicos, requerendo no âmbito das práticas a “novas formas de apreensão desse objeto e outros modos de organização da assistência, já que teria a responsabilidade de operar modelos de atenção em nível de indivíduos, família, grupos sociais e meio ambiente, ou seja, progressivamente coletivos” (PAIM, 1995, p.203).

O distrito sanitário, para o autor, visando à organização dos serviços de saúde em rede, tem objetivo também de facilitar a implantação e o desenvolvimento de modelos assistenciais alternativos ou de base epidemiológica como base no SUS, dando destaque para os procedimentos de referência e contra-referência.

Através destas ações, o autor entende que se concretiza a prática da demanda organizada que visa a “organizar serviços e estabelecimentos numa verdadeira rede, com mecanismos de comunicação e integração, destacando os procedimentos de referência e contra-referência e a instauração de modelos assistenciais alternativos ou de base epidemiológica” (PAIM, 1999a, p.482).

Para isso, o autor dá ênfase no princípio da rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde que leva em conta as características epidemiológicas de cada localidade, dando suporte a distribuição espacial dos equipamentos e estabelecimentos.

Há a necessidade de descentralizar os serviços mais simples e concentrando os mais complexos. A entrada para o sistema de saúde, neste sentido, é através dos serviços de primeira linha (clínica médica, pediatria, etc), também chamada de nível primário.

O nível secundário é caracterizado pelos consultórios especializados e de pequenos hospitais, com tecnologia intermediária. O nível terciário é caracterizado por grandes hospitais (gerais e especializados) com alta tecnologia, servindo de referência para os demais serviços.

Para Paim (1999a), ao modelo de Vigilância à Saúde, inclui-se o distrito sanitário que abrange os três níveis de atenção, que por sua vez, insere no âmbito da atenção primária o PSF, que no entendimento do autor, não está restrito na atenção primária de saúde. A saúde da família invade os níveis de atenção secundária a terciária na medida em que sua equipe, particularmente o médico e a enfermeira podem responsabilizar-se pelo paciente e pelo apoio a sua família, inclusive na assistência hospitalar. Haveria situações em que o médico de família, respeitados os preceitos éticos em relação aos seus colegas do hospital, discutiria procedimentos diagnósticos e terapêuticos, além de proceder a visitas hospitalares durante a internação do seu paciente (p.485).

A ESF e o PACS - enquanto programas especiais do Ministério da Saúde (MS), já se afiguram, presentemente, como um dos modelos de atenção hegemônicos voltados para necessidades de saúde e não apenas para a demanda espontânea ou para a oferta. No entanto, tais “programas poderão constituir uma das estratégias de reorientação do sistema de saúde, na medida em que venham a se aproximar dos processos de distritalização e, do modelo de intervenção da vigilância a saúde” (PAIM, 1999a, p.486).

A discussão realizada em âmbito do modelo assistencial, da regionalização, territorialização, distritos sanitários, vigilância à saúde nas diversas perspectivas trazidas pelos autores mencionados, evidencia a discussão da ESF, que atualmente possui relevância na discussão do modelo assistencial de saúde.

No próximo capítulo a ênfase recai sobre a discussão da Atenção Básica à Saúde e sua interlocução com a Política Nacional da Atenção Básica, a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família e como se estabelece no âmbito da ESF o processo de trabalho.



## **CAPÍTULO II - ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

O debate da atenção básica tem sido um tema recorrente no âmbito da política de saúde no Brasil. Os serviços de primeiro contato do usuário/paciente com o sistema, direcionado a cobrir a maioria dos problemas de saúde de uma população, é em geral denominada de Atenção Primária em Saúde (APS).

Porém, não há uniformidade no emprego da expressão APS, identificando-se três linhas principais de interpretação. Giovanella e Mendonça (2008) e Mendes (1996) identificam estas interpretações.

Os autores destacam que a APS pode ser entendida como um programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços, com recursos marginais, dirigidos a populações de regiões marginalizadas. Entende que o Estado deve desenvolver políticas compensatórias na saúde.

A segunda linha compreende a APS como um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo campo de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população.

Baseia-se na possibilidade de satisfazer os problemas de saúde de dada população, organizando os níveis de atenção de forma a minimizar os custos econômicos e social, da satisfação do conjunto de suas necessidades com base numa estratégia de operacionalização da APS.

Por último, a APS entendida como um modelo assistencial e de organização do sistema de saúde. Pretende organizar todos os níveis de atenção, alcançar todos os recursos do sistema, incluir todas as instituições estatais e privadas e atingir toda a população dos sistemas (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2008).

A discussão da atenção básica como doutrina veio concretizar-se na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, capital da República Socialista Soviética do Cazaquistão, em 1978, sob coordenação do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Organização Mundial da Saúde (OMS).

Na ocasião, a Declaração de Alma-Ata foi aprovada, tendo sido ratificado em 1979 pela Assembleia Geral da OMS, que lançou em âmbito mundial a Estratégia de Saúde para

Todos no Ano 2000, afirmando a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, reiterando a saúde como direito humano.

A concepção de atenção primária expressada na Declaração de Alma-Ata considera a APS como função central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de “desenvolvimento social e econômico das comunidades, o que envolve a cooperação com outros setores de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico” (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2008, p.579).

Logo após a sua promulgação, a Declaração de Alma-Ata foi criticada por agências internacionais como a Fundação Rockefeller, Banco Mundial (BM), Fundação Ford, Centro Internacional para a Pesquisa e o Desenvolvimento e Agência Internacional para o Desenvolvimento, argumentando ser abrangente e pouco propositiva.

Na época, o contexto internacional adverso de baixo crescimento econômico e com a presença de governos conservadores, deu-se um embate entre a concepção de atenção primária à saúde integral e abrangente e a concepção restrita de APS, prevalecendo a última.

Labonté e Sanders (2009) exemplificam esta situação ao destacar que a globalização dos modelos de sistemas de saúde orientados pelo mercado, junto com “la influencia del informe del Banco Mundial Invertir em Salud de 1993, que promovía ‘paquetes’ costo-effectivos que dejaban de lado los determinantes sociales de la salud, desintegrando aún más la atención en salud individual y colectiva” (p.15).

A APS seletiva caracteriza-se por um pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres e a partir de então destinada a controlar apenas algumas doenças em países em desenvolvimento.

Segundo Giovanella e Mendonça (2008), durante a década de 1980, a concepção primária como cesta restrita de serviços básicos selecionados, voltados à população em situação de maior pobreza, passou a ser hegemônica para diversas agências internacionais, como o Banco Mundial (BM), e hoje é conhecida como atenção primária seletiva.

No Brasil, o uso do termo APS não é utilizado de maneira hegemônica, por não defender a perspectiva restrita e seletiva da APS e difundidas pelas agências internacionais. Para tanto, o termo usado é a “**Atenção Básica à Saúde**” (ABS) tanto nos documentos produzidos pelo Ministério da Saúde (MS) como estudiosos do tema pautados pelo Movimento Sanitário. Neste estudo, ressalta-se que se defende o termo ABS que será utilizado para a referência da APS quando há autores que se referem a atenção primária.

Segundo Starfield (2004), a atenção básica trata os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Integra a “atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde” (p.28). É a ABS que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

A referida autora apresenta quatro características da ABS que são: 1) acessibilidade; 2) continuidade; 3) integralidade e, 4) coordenação. Com relação a acessibilidade, refere-se a ABS como a principal porta de entrada ao sistema de saúde, como o início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados. É o espaço em que as pessoas procuram pelos serviços com certa regularidade, cada vez que necessitam de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde.

A continuidade ou longitudinalidade, possibilita a realização da prática clínica, acompanhando a pessoa na relação clínico-paciente, ao longo da vida, independente da ausência ou não da presença de doença. Este aspecto foi evidenciado em uma das respostas trazidas pelos profissionais, quando destaca qual é a estratégia para se trabalhar com as demandas do cotidiano dentro da ESF:

A maior arma que a gente tem é o vínculo e o fato de você poder acompanhar longitudinalmente a família. Não é um atendimento pontual, uma hora ou outra pode até ser um atendimento pontual, mas você sempre vai estar com aquela família, sempre vai. Para as famílias problemáticas, às vezes a gente indica ou realiza visitas domiciliares mais frequentes; a agente comunitária fica mais de olho e assim por diante. Então acho que é através do vínculo e da longitudinalidade, que é o que a gente tem de diferencial, dos outros serviços de saúde. (Médica 02, 2010)

A integralidade refere-se a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população adscrita. A importância de reconhecer as necessidades das pessoas sejam elas orgânicas, psíquicas e sociais de saúde. Isto implica oferecer serviços preventivos e curativos e garantir acesso a todos os tipos de serviços.

A coordenação, sendo a capacidade de responsabilizar-se pela pessoa, mesmo quando partilha o cuidado com outros serviços especializados do sistema, tem por objetivo coordenar as diversas ações e serviços essenciais para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas. Pode ser considerada complementar à integralidade, pois em muitos

momentos é necessário que a ABS compartilhe a atenção com outros serviços de saúde do sistema.

Giovanella e Mendonça (2008), com base em Starfield (2004), acrescentam as características acima citadas com a: orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural.

Com relação à orientação para a comunidade, os autores destacam que é necessário o conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vive. Ressaltam a importância de conhecer a distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade e trazer o protagonismo desta comunidade ao participar das decisões sobre sua saúde.

A centralidade na família se torna essencial no âmbito da ABS, sendo necessário considerar o contexto a dinâmica familiar para avaliar e responder às necessidades de cada pessoa.

Com relação à competência cultural, a relevância de reconhecer as diferentes “necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade” (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2008, p.587).

A OMS em 1996, adotou um conjunto de princípios para construir a base da ABS dos serviços de saúde, sendo adotada na reforma da saúde na União Europeia. Conhecida como a Carta de Lubliana, propõe que os sistemas de atenção de saúde deveriam ser:

Dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional: direcionados para a proteção e promoção da saúde, permitindo que cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde; focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade; baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; e direcionados para a atenção primária. (WHO, 1996)

Para atingir estes objetivos, é necessário o estabelecimento de algumas diretrizes que a atenção básica deve cumprir, principalmente no campo da prática. Com base em Campos et. al. (2008), estas diretrizes são: acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade; clínica ampliada e compartilhada; saúde coletiva e participação na gestão (co-gestão).

O “Acolhimento” tem sido uma questão debatida há um tempo na ABS, principalmente na ESF, inclusive entendendo o acolhimento como um novo modo de produzir

cuidado, alterando os processos de trabalho da própria equipe que tem nessa estratégia a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde.

O que se defende é que os usuários precisam ser acolhidos no momento em que demandam. O acolhimento pressupõe a disposição, organização e preparação da equipe para receber, em momentos e horários variáveis, grande variedade de demandas a avaliar os riscos implicados assegurando seu atendimento, visando à máxima resolutividade.

Merhy (2007) é um estudioso sobre o acolhimento e defende que as demandas de saúde devam ser usuário-centradas e, não como historicamente tem se apresentado; as demandas são definidas pelas equipes de saúde e a população usuária deve se adequar aos serviços oferecidos pelos serviços de saúde.

Outra frente de ações de acolhimento é o recurso da visita domiciliar, adscrição de clientela e análise das condições de saúde da comunidade às equipes de ABS e a identificação do risco e vulnerabilidade dos usuários, de suas famílias e setores da comunidade.

Com relação a “Clínica Ampliada e Compartilhada” na ABS, não se pode compará-la com o desenvolvimento da clínica hospitalar ou nos ambulatórios de especialidades. A Clínica na ABS exige uma série de especificidades que a torna diferente, pois a complexidade de intervenções se faz presente na ABS.

A complexidade está presente no número de variáveis envolvidas no processo, sendo necessário intervir na dimensão biológica (riscos ou doenças), subjetiva e social. Essas dimensões estão presentes em qualquer trabalho em saúde, mas na “rede básica atingem expressão maior, sendo necessário não somente considerar esses aspectos no momento do diagnóstico, mas também lograr ações que incidam sobre estas três diferentes dimensões” (CAMPOS et. al., 2008, p.138).

A proximidade com os sujeitos, famílias e comunidade facilita as intervenções, sem eliminar as complexidades. Há a possibilidade de criar vínculos duradouros com os usuários o que garante o aumento da eficácia das intervenções clínicas, sejam elas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação. Para isso é preciso garantir a participação do usuário tanto no diagnóstico quanto no processo terapêutico e isto exige da instituição mecanismos de compartilhamento da clínica.

A defesa da “Saúde Coletiva” como uma das diretrizes da ABS está atrelada à necessidade de realizar procedimentos de cunho preventivo e de promoção à saúde no seu território. Isto ocorre com o estabelecimento da busca ativa de doentes, vacinas, educação, medidas para melhorar a qualidade de vida, projetos intersetoriais e que contribui para a resolução e prevenção de significativos problemas de saúde.

A “Participação na Gestão” (co-gestão), tem sido uma das conquistas do movimento sanitário brasileiro, que teve seu direito garantido através da Lei 8080/1990 e Lei 8142/1990 ao estabelecer o controle social no âmbito da política de saúde, ao estabelecer os conselhos de saúde nas três esferas de governo, trazendo a possibilidade do estabelecimento do conselho local de saúde também.

Para Campos et. al. (2008), esses mecanismos devem aparecer tanto nas “ações de co-gestão dos serviços de saúde como nas próprias organizações locais de moradores quanto na forma/metodologia de implantação dos serviços em determinado território” (p.139).

Na observação realizada junto as equipes da ESF, identificou-se que há constituído o Conselho Gestor de Saúde da Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros, que é composto com 50% de representantes da comunidade, 25% de trabalhadores de saúde e 25% do setor governamental.

A mobilização comunitária pode ser facilitada quando as equipes de saúde divulgam a proposta do serviço. A relação de proximidade entre comunidade e equipe de saúde ser valorizada, sendo que:

A participação da população na organização do processo de trabalho na ABS, em conjunto com a equipe, deve ser considerada como forma de garantir espaços de fala e escuta, balizando a gestão entre as necessidades/demandas e a disponibilidade de recursos existentes. Dessa forma, e em ritmo processual, essa valorização poderá estimular a co-responsabilidade da comunidade com o processo saúde vs doença, ampliando a autonomia da população de determinado território e reforçando a relação da equipe de saúde com a comunidade. (CAMPOS et. al., 2008, p.139)

Esta possibilidade de aproximação entre equipe de saúde no cotidiano da comunidade agrega valor à vida de pessoas e conseqüentemente também agrega valor ao trabalho em saúde.

Sabe-se que os desafios na prática são enormes e que unir estas quatro diretrizes não tem sido tarefa fácil, mas a efetividade das mesmas dependerá da capacidade de cada equipe de saúde combinar modos de intervenção de cada um desses campos. A capacidade da ABS resolver 80% dos problemas de saúde, dependerá de investimentos e da adoção de um modelo organizacional adequado e que permite o cumprimento dessas diretrizes e funções.

Para isso, com base em Campos et. al. (2008), acrescenta-se a relevância da concretização de ações que fortalecerão a ABS e produzirão outras formas de produzir a

saúde. Uma das questões que se evidenciam como fundamentais é a “Reformulação do Saber e da Prática Tradicional em Saúde”.

Neste campo, é imprescindível a reformulação e ampliação do saber clínico, com a incorporação de conceitos e ferramentas da saúde coletiva, saúde mental, ciências sociais, bem como de outras áreas do conhecimento que, “possibilitem aos trabalhadores de saúde lidar com a complexidade do processo saúde e doença, incorporando o social e o subjetivo e a realização da gestão do trabalho em equipe e em sistema de rede” (CAMPOS et. al., 2008, p.141).

Reforça-se há muito tempo para que isto ocorra seja necessária a instituição de programas de educação permanente, com cursos e discussão de casos, de consensos clínicos, mas acrescenta-se que se isto não se tornar uma prerrogativa defendida de fato pelo MS e pelas política de atenção básica, esta proposta se perde, pois no cotidiano das práticas em saúde o que se observa é uma preocupação constante em provar os índices e indicadores pedidos seja pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), pelo MS ou pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS) como é a situação em São Paulo que gerenciam certas UBS.

Existe dificuldade de uma sistematização do atendimento da demanda espontânea; a necessidade da desburocratização do acesso aos serviços, os atendimentos de urgência têm tomado uma contingência muito expressiva nos atendimentos de saúde e não enfrentar esta problemática conduz, a baixa efetividade dos serviços e falta de credibilidade dos usuários frente aos serviços oferecidos.

O trabalhador também se sente cobrado a mostrar resultados, que devem ser representados por números, indicadores, percentagens, pois isto inclusive interfere no retorno de recursos financeiros para as equipes. Isto reforça novamente em que dimensão tem-se construindo de fato no Brasil um novo modelo de saúde.

Nas reuniões de equipe observadas, constata-se esta realidade. As pautas de reunião e mesmo a dinâmica do trabalho estão voltadas ao levantamento e encaminhamento de procedimentos que atestem o quanto cada equipe de saúde produziu por mês.

As reuniões geralmente coordenadas pelo profissional de enfermagem, demanda aos ACS, papéis, encaminhamentos de exames que devem ser anotados em prontuários, ou então, avisar as famílias de futuros retornos a unidade.

Por sua vez, as ACS precisam anotar todos os procedimentos e encaminhamentos no prontuário, ir a casa da família, levar o papel de consulta e/ou retorno ao atendimento médico ou de enfermagem, avisar dos grupos de educação em saúde, repassar a equipe quem chegou a

comunidade, quem saiu, quem está acamado, quem nasceu e/ou morreu, quem está com diabetes ou hipertensão alterada.

O profissional médico, repassa, por sua vez, os exames médicos realizados pelos usuários e que chegam até a unidade para a ACS, para colocarem no prontuário ou então entregá-los ao usuário, caso não tenha havido nenhuma alteração dos dados clínicos. São solicitadas informações das famílias da área de abrangência, mas este saber sempre está atrelada aos indicadores de doença e não de saúde.

As auxiliares de enfermagem pouco se fizeram presentes nas reuniões de equipe, sempre presas ao que identificam de “acolhimento” na sala de triagem.

Na dinâmica das próprias reuniões, quando se discutem as situações de uma determinada família, as mesmas são referidas pelos números do cadastro de família e não pelo nome. Por exemplo: a equipe não se refere a família do Sr. João, mas pela família número 120. Em uma das anotações da pesquisadora ao perceber a dinâmica de trabalho das equipes no espaço das reuniões, teve-se a seguinte percepção:

Na reunião que presenciei não houve uma pauta pré-organizada. Chamou atenção para o tanto de papel na mesa e a troca de prontuários, exames, folhas de informação e produção da equipe. Era muito papel em cima da mesa e a sensação é que os profissionais serão engolidos pelos papéis. A referência de família pelo número que elas têm me chama a atenção. Cada família tem um número, e muitas vezes, a equipe se referenciou pelo número e não pelos sujeitos envolvidos da família. (WIESE, 2010)

Campos et. al. (2008) reforça esta ideia destacando que frequentemente a ABS reproduz, em condições limitadas, o mesmo modelo de atenção à saúde dos serviços especializados e acrescenta que a “abordagem ampliada depende da reformulação do paradigma tradicional denominado de biomédico. É necessário tomar o sujeito em sua família e em seu contexto econômico, social e cultural e envolver os usuários na gestão do sistema de saúde e na construção de sua própria saúde” (p.142).

A construção do “Trabalho em Equipe Interdisciplinar” também é um requisito imprescindível no trabalho na ABS. No Brasil a partir de 1994, adotou-se a lógica da Saúde da Família composta por profissionais médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, os agentes comunitários de saúde e posteriormente os dentistas e os dentistas técnicos, que devem ter formação generalista.

Há experiências que incorporam outros profissionais à ABS, mantendo a equipe de saúde de família como núcleo central para ordenar a atenção. A ideia é constituir a rede de



Apoio Matricial, agregando-se equipes de saúde mental, reabilitação, nutrição, saúde coletiva, desenvolvimento social, saúde da mulher, saúde da criança que trabalham articuladas com várias equipes de saúde da família.

Recentemente, o MS criou e aprovou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria nº 154 de 24/01/2008, que busca ordenar e criar mecanismos de co-financiamento para este estilo de ampliação do atendimento na ABS. Posteriormente, abordar-se-á com mais profundidade esta questão.

A “Responsabilidade Sanitária por um território e Construção de Vínculo entre Equipe e Usuários” é um dos eixos estruturantes da ABS, pois recomenda-se que cada equipe de saúde tenha sob sua responsabilidade o cuidado à saúde em um conjunto de pessoas que vivem em um mesmo território.

A equipe deve conhecer os condicionantes de saúde dessa região, identificar os riscos e vulnerabilidades de grupos, famílias e pessoas, desenvolvendo projetos singulares de intervenção, valendo-se de ações clínicas, de promoção e prevenção e até de reabilitação e alívio de sofrimento.

Isto não se faz sem a “Articulação da ABS em uma Rede de Serviços de Saúde” que garanta o apoio e a capacidade de resolver os problemas de saúde. A ABS necessita de uma ligação dinâmica e de apoio com outras redes, como de urgência, hospitalar, centros especializados, de saúde coletiva e desenvolvimento social, entre outros.

Esta abordagem conceitual e as diretrizes em que se pautam a ABS é fundamental para compreendê-la no âmbito da política de saúde brasileira, evidenciando, suas características, desafios e conquistas. Isto é que se destaca no próximo item.

## 2.1 A CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL

O Brasil, acompanhando o movimento internacional, aderiu às proposições da ABS em meados da década de 1970. Mas seus antecedentes são mais remotos. Desde a década de 1920, são desenvolvidos alguns serviços que podem ser caracterizados como de atenção básica.

No cenário das políticas sociais brasileiras, as ações que imprimiram e caracterizaram como voltadas para uma política de saúde, só começam a se concretizar no início do século XX. O que se tinha até o presente momento eram ações isoladas e

emergenciais sem caráter coletivo, objetivando proteger a saúde da população brasileira, sem intervenção de fato do Estado.

A partir de 1903, iniciaram-se as primeiras ações que caracterizaram a saúde pública no Brasil. Tem-se neste período, Oswaldo Cruz, do Instituto Pasteur, que iniciou ações de “campanhas de saúde, como vacinas obrigatórias, operações mata-mosquito, limpeza urbana, que imediatamente reduzem as taxas de febre amarela, peste e varíola” (ROS, 2000, p.85).

Na década de 1920, especificamente no ano de 1923, surgiram com a Lei Elói Chaves a Previdência Social no Brasil com a criação das primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) que eram organizadas por empresas administrativas e financiadas por empresários e trabalhadores.

Posteriormente, na década de 1930, o momento foi caracterizado por um conjunto de transformações ocorridas no Estado brasileiro e nas formas de regulação social que a partir de então têm início. O contexto é marcado por uma crise econômica mundial e a expansão do capitalismo no Brasil, através das políticas de substituição de importações. No ano de 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde.

Em 1933, iniciou-se sob a doutrina do seguro, a organização dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com crescente centralização das ações de saúde em âmbito federal. Era de interesse do governo criar um sistema de seguro social que garantisse o novo foco de atenção das ações do governo: “o corpo do trabalhador. [...] com o crescimento da industrialização, desloca-se à necessidade de sanear os espaços de circulação de mercadorias para a atuação sobre o corpo do trabalhador, a fim de manter e restaurar sua capacidade produtiva” (OLIVEIRA, SOUZA, 1998, p.25).

O modelo de saúde que caracterizava este período para os ricos era a prática médica privada e liberal; para os trabalhadores organizados, os IAPs; para os pobres e trabalhadores desorganizados, os hospitais de caridade e as ações de saúde pública.

Na década de 1940, as reformas administrativas do Ministério da Educação e da Saúde Pública aprofundaram a centralização e a verticalização das ações de saúde pública a partir da criação dos Serviços Nacionais de Saúde, voltados para doenças específicas como: malária, hanseníase, tuberculose, e do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

Segundo Giovanella e Mendonça (2008) o modelo SESP das décadas de 1940 e 1950 para as unidades básicas de saúde, adotou caráter mais abrangente, articulando ações coletivas e preventivas à assistência médica curativa, respaldadas em desenvolvimento científico e tecnológico limitado, sob influência da medicina preventiva norte-americana por meio de convênios com a Fundação Rockfeller.

Caracterizou-se pela centralização normativa e ressaltou a “articulação entre diferentes níveis de intervenção em favor da saúde como elemento estrutural ao desenvolvimento regional; foi aplicado no Norte e no Nordeste do país, onde se implantou em áreas estratégicas da produção de matérias-primas (como borracha e manganês)” (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2008, p.595).

Em 1945, com o fim do Estado Novo e pela influência do modelo de seguridade europeu, instaurou-se no país um sistema de proteção social que imprimiu à sociedade, principalmente, às classes trabalhadoras, uma condição de “cidadania regulada para a qual o Estado brasileiro, como forma de legitimação social, criou uma série de bens e serviços oferecidos através do Instituto de Aposentadoria da Previdência” (MAGAJEWSKI, 1994, p.50).

Tinham acesso aos serviços de saúde quem se encontrava no campo formal de trabalho e contribuísse. As práticas em saúde ainda não estavam vinculadas a ações que visassem à promoção da saúde e sim estreitamente vinculada à recuperação das doenças.

A criação do MS em 1953, não alterou a dualidade entre serviços de saúde pública e assistência médica. Esta dualidade foi debatida na III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963.

De um lado a defesa da saúde pública unificadora, estruturada em torno de um conjunto de ideias designadas como sanitarismo desenvolvimentista, que apresentava propostas de descentralização do sistema e soluções médicas e sanitárias mais próximas dos problemas de saúde e da população.

Do outro lado, oriunda do setor securitário, propunha a ampliação da cobertura populacional da previdência social, que foi consolidada mediante a unificação dos institutos previdenciários no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966.

O contexto que caracterizava este período era o poder burguês do pós-64, inaugurando o modelo burocrático-autoritário que significou para a realidade brasileira o aprofundamento dos grandes problemas estruturais já existentes.

A questão social que envolvia este período, em especial de 1964 até 1974, é do Estado utilizando para sua intervenção o binômio repressão-assistência. A política era assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal. Tais ações tinham a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, diminuir as tensões sociais, conseguir legitimidade para o regime e como mecanismo de acumulação do capital.

Quanto aos programas de saúde, se desenvolveram com base no privilegiamento do setor privado. As deficiências da saúde se caracterizavam pela ausência de planificação, falta

de capacidade gerencial e os problemas de saúde deveriam ser resolvidos através da privatização dos serviços. Cabia neste contexto, ao MS, a responsabilidade do atendimento das doenças que afetavam os grandes segmentos da população brasileira, enquanto o atendimento médico individual ficou sob responsabilidade do setor previdenciário.

É a partir deste contexto, que foi se gestando o modelo médico-assistencial privatista, que será institucionalizado a partir de 1975. Diante deste modelo, a medicalização no setor saúde foi imposta, tanto na saúde pública quanto na previdência social, pois o setor da saúde tinha que assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior.

A partir de então, a saúde pública teve um declínio significativo, ao contrário, da medicina previdenciária que cresceu, após a reestruturação do setor em 1966. Isto significou uma dicotomia expressiva entre a saúde pública e a saúde curativa. Foi dada pouca importância às medidas de atenção coletiva à saúde da população.

Consequentemente, quando se reporta ao período de 1969 a 1974, na questão da saúde, não se pode falar de planejamento ou de planos de saúde, em sentido estrito, pois o que se vivenciou foi apenas a integração de programas setoriais de atenção médica a partir da Previdência Social, que regulou, organizou o financiamento e funcionamento desses programas.

Quanto aos profissionais como médicos e demais profissionais que atuavam na saúde pública se viram como filhos deserdados. Os departamentos de medicina preventiva, crescentes em números e importância a partir de 1966, expressavam o discurso preventivista e as práticas dele decorrentes, mas tiveram que se subordinar às determinações políticas, de natureza assistencialista, na atenção médica (BRAVO, 1996, p.31).

Neste contexto, houve um novo padrão de organização de serviços médicos previdenciários. A prioridade estava inscrita na contratação de serviços de terceiros, em detrimento dos serviços próprios da Previdência Social cabendo então, ao Estado propiciar o crescimento e a expansão da iniciativa privada.

Após, dez anos de ditadura, o bloco do poder instalado no aparelho estatal não conseguiu consolidar sua hegemonia precisando, modificar, gradualmente sua relação com a sociedade civil, necessitando para tanto, estabelecer canais de mediação, que possibilitassem a dominação burguesa. Isto ocorre com o processo de distensão política com a sucessão presidencial de 1973, quando o general Geisel assumiu o comando do país.

Esta distensão, entendida enquanto estratégia de sobrevivência do autoritarismo burocrático, foi um processo contraditório, evidenciando “a dialética entre as demandas de

democratização da sociedade civil e a necessidade de tomar constitucionalmente o aparelho montado durante o período da ditadura militar com a finalidade de garantir a continuidade do regime e do modelo econômico excludente” (BRAVO, 1996, p.34).

Aliado a este cenário, tem-se a crise do milagre econômico brasileiro, que a partir de 1974 se tornou mais expressiva, ocasionando o reaparecimento no cenário político dos movimentos e forças sociais que lutavam pela democratização do país. Cita-se entre algumas forças sociais os do sindicalismo operário, as categorias profissionais dos estratos médios, os trabalhadores rurais, uma parcela da Igreja, entidades da sociedade civil, como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Associação Brasileira de Imprensa (ABI), a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e os movimentos sociais urbanos.

O Estado se vê obrigado a alargar as políticas sociais, frente às demandas que se evidenciavam no momento e que se multiplicavam em virtude dos altos índices de pauperização das classes trabalhadoras.

O contexto da época é marcado pelo aprofundamento da dívida externa, a elevação da taxa inflacionária, recessão econômica, gerando com isso altos índices de desemprego. Outra identificação foi o alto índice de mortalidade infantil e mortalidade por doenças infecciosas.

Emergiram, nessa fase, algumas experiências sanitárias que resultaram de um esforço dos departamentos de medicina preventiva das escolas médicas, que desenvolveram programas de integração docente assistencial para implementar práticas de medicina comunitária.

Segundo Giovanella e Mendonça (2008), esses departamentos recebiam apoio financeiro de organismos internacionais em articulação com secretarias estaduais e municipais de saúde, desmascarando a precariedade da oferta pública de cuidados médicos.

A trajetória destas experiências não foi homogênea nem consensual, mas proporcionou que em “1974, a previdência social brasileira modificasse sua relação com os hospitais de ensino, revendo os convênios entre o Ministério da Educação e Cultura e o da Previdência Social quanto à lógica do financiamento e permitindo às escolas médicas contar com aporte maior de recursos” (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2008, p.596).

Isto possibilitou às escolas médicas, por meio de atividades de extensão acadêmica, a desenvolverem atendimentos médicos em comunidades urbanas e rurais, realizando atividades de ABS, nas quais as condições de vida eram precárias, atingindo grupos populacionais sem acesso aos cuidados de saúde.

O projeto postulava uma medicina com base na atenção integral, não subordinando as ações no “campo biológico, mas pensar a dimensão social em que se desencadeava o processo saúde/doença, além de focar os efeitos coletivos da atenção prestada nesse processo e não apenas o resultado (cura) sobre o indivíduo” (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2008, p.596).

No Brasil, a adesão a proposições de ABS entrou na pauta na década de 1970 com base nas experiências destacadas acima, com a discussão realizada na Conferência de Alma-Ata e com a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que era financiado com recursos do Fundo de Apoio Social administrados pela Caixa Econômica Federal e que,

Destinava recursos tanto à construção de unidades básicas de saúde quanto a convênios entre o Ministério da Saúde e o da Previdência Social, no âmbito federal, e as secretarias municipais de saúde, visando implantar serviços de primeiro nível em cidades de pequeno porte. Tais serviços foram organizados em lógica similar à estratégia da atenção primária em saúde nas regiões Nordeste e Sudeste com vistas à expansão da cobertura. (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2008, p.597)

Na referida década, outras medidas foram tomadas, como a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1974, no intuito de evidenciar a preocupação por parte do governo pela previdência social. O ministério não conseguiu desenvolver um plano consistente de ação, constituindo-se numa junção de órgãos e fundações de caráter nacional, como a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e a Fundação Nacional do Bem-Estar (FUNABEM), anteriormente vinculado à Presidência da República.

No mesmo ano, foi criado o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) com o objetivo de assessorar o presidente da República na formulação “da política social e garantir a coordenação dos ministérios envolvidos com a implementação dessa política; mas não conseguiu desenvolver essa ação coordenadora” (BRAVO, 1996, p.41-42). O que se identificou foi a permanência da saúde nos dois Ministérios: da Saúde e da Previdência Social. No entanto, não se via entre ambos, medidas efetivas para a articulação entre os mesmos, demonstrando a dicotomia entre a assistência médica e a saúde coletiva.

Em 1974, foi criado o Plano de Pronta Ação que objetivou “disciplinar e organizar as diversas modalidades de prática médica vinculada à previdência social, universalizando o atendimento de emergência” e a Lei do Sistema Nacional de Saúde implantado em 1975,

objetivando “disciplinar a articulação dos órgãos atuantes no setor saúde” (BRAVO, 1996, p.43).

A primeira medida possibilitou a desburocratização do atendimento de emergências permitindo também a integração da prática previdenciária às instituições conveniadas. Em consequência, se tinha a incapacidade por parte do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) - que surgiu no contexto de um processo de especialização das organizações previdenciárias - de controlar esses atendimentos o que possibilitou um número expressivo de fraudes apresentadas nas contas hospitalares.

A segunda medida criticava a postura governamental de estar atrelado a interesses liberais e vinculados aos interesses da iniciativa privada, propondo ações e formulação de um plano geral coordenado pelo setor estatal. Estavam presentes neste movimento, profissionais e representantes do pensamento médico-social e os do setor privado, gerando conflitos e tensões para a operacionalização deste projeto, o que ocasionou “sua alteração, adotando-se a solução pluralística para o sistema, não discriminando as regras mínimas de convivência da prática médica privada e empresarial” (BRAVO, 1996, p.44).

A partir de 1979, profissionais de saúde iniciam um movimento de entrada no aparelho do Estado, com o intuito de fortalecer o setor público, pois o modelo médico-assistencial privatista já dava sinais de esgotamento. Alguns destes representantes já se encontravam no MS e na Previdência Social.

Porém, a inserção dos profissionais sanitaristas nos espaços do MS, foi facilitada em função de este ministério ser desprestigiado e subordinado a lógica previdenciária. Estes movimentos inseridos no espaço estatal bem como, a organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública, foi posteriormente, denominado de “Movimento Sanitário” que se iniciou em meados da década de 1970.

Outro elemento importante para o movimento sanitário, foi o assalariamento dos profissionais médicos que estavam em maior número, desenvolvendo suas práticas nos espaços públicos. O Estado expandiu os espaços de atuação profissional, mas não ofereceu condições de trabalho. Com o ressurgimento do movimento sindical, apareceram ações profissionais reivindicando melhores condições de trabalho e melhor remuneração.

Posteriormente, com o governo de Figueiredo tem-se como características no cenário brasileiro, o aprofundamento da crise econômica que se agravou a partir dos anos de 1980/81, caracterizada pelos altos índices de inflação, aumento do desemprego, crise da Previdência Social que levou o país a recorrer ao Fundo Monetário Internacional (FMI).

Quanto à política de saúde, a mesma passa por uma profunda crise. O Sistema Nacional de Saúde, não conseguiu dar respostas às questões vinculadas à unificação dos aspectos preventivos e curativos, com a formulação de uma Política Nacional de Saúde, sob a coordenação efetiva do MS.

No MPAS, via INAMPS, permaneciam ações vinculadas a ações curativas com o padrão de medicina privativa. A questão saúde teve como principais características nesse período:

- O surgimento de propostas de políticas alternativas, emergentes no nível da sociedade civil, que apontavam na direção da reversão do modelo de privilegiamento do setor privado, com a canalização dos recursos para o setor público;
- A consolidação do movimento de organização dos profissionais de saúde, em especial dos médicos assalariados, denominados de Renovação Médica (REME), que realizou greves e assumiu os sindicatos e demais entidades da categoria;
- A ampla divulgação da política previdenciária de assistência médica, socializando o debate que, como decorrência, propiciou o posicionamento explícito dos grupos de interesses envolvidos e o seu reconhecimento como a questão nacional;
- O bloqueio, pelo, Estado das propostas mais radicais que viessem a penalizar os setores capitalistas mais diretamente relacionados. A política previdenciária de assistência médica teve ciclos que alteraram planos e programas num processo político de tensão permanente em que as bases da legitimidade não estavam consolidadas. Os setores capitalistas têm sua hegemonia ameaçada na definição da política de saúde. (OLIVEIRA, TEIXEIRA, 1986, p.269-270)

Um evento importante, neste período, foi a VII Conferência Nacional de Saúde, que estava, a princípio, marcada para 1979 e que somente se realizou em 1980. Esta Conferência teve como resultado a proposta do governo apresentar um plano de ação, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVsaúde), objetivando a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde em âmbitos nacional e universais da demanda, compreendendo também as áreas de saneamento e habitação.

O projeto tinha como objetivo “a extensão máxima da cobertura para o que apresentava temáticas discursivas como regionalização e hierarquização, participação comunitária, integralização das ações de saúde, uso de técnicas simplificadas, utilização de pessoal auxiliar e inclusão do setor privado no sistema” (MENDES, 1995, p.34-35).

Neste sentido, a extensão da cobertura, seria viabilizada pela hierarquização das formas de atendimento por níveis de complexidade. A porta de entrada do paciente/usuário no sistema seria através da atenção primária; dando ênfase a regionalização do atendimento por



áreas e populações definidas, diante da integração dos serviços existentes nos níveis de complexidade. O programa continha pressuposto que foram sugeridos pelos organismos internacionais como: a OMS e a Conferência de Alma-Ata e por intelectuais que se opunham à política de saúde do governo.

Com relação à Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata, a mesma trouxe significativas discussões que refletiram sobre a política de saúde brasileira. As bases de sua defesa eram a saúde como direito a todos, responsabilidade do Estado na condução de suas políticas, compreender os espaços locais como locus importante de ação.

No ano de 1981, tem-se a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que teve por objetivo recomendar políticas com relação à assistência à saúde da previdência social. No ano seguinte, é apresentado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, elaborado pelo referido conselho que tinha como meta a adoção de medidas racionalizadoras, mais fáceis de serem absorvidas pela iniciativa privada. Era constituído de três partes: modelo atual de prestação de serviços de saúde no âmbito da Previdência Social, proposta de reorientação da assistência à saúde previdenciária e estratégias de implementação.

O referido plano foi executado em fins de 1982 e início de 1983 e sua estratégia básica foram as Ações Integradas de Saúde (AIS), que visavam a reunir, em um “planejamento único e integrado, recursos federais, estaduais e municipais para a atenção a saúde, com gerência nos níveis central, regional e local” (BRAVO, 1996, p.61).

As AIS embasaram os princípios de direito universal à assistência à saúde a toda população; priorização dos serviços de atenção primária à saúde, com ênfase na prevenção, descentralização e democratização das decisões administrativas, técnicas e políticas referentes à saúde. Sua operacionalização ficou fortalecida a partir de 1985, com a Nova República.

Segundo Giovanella e Mendonça (2008), a organização de um primeiro nível de atenção, em que as unidades básicas de nível local eram responsáveis por ações de caráter preventivo e assistência médica, deveria integrar o sistema de saúde pública e de assistência à saúde previdenciário, de forma a prestar atenção integral a toda a população independentemente de contribuição financeira à previdência social. A implementação das AIS propiciou ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde com a criação de unidades municipais de saúde em grande parte dos municípios brasileiros.

Mas é neste período da Nova República, frente às precárias condições de saúde, do descaso acumulado, da mercantilização do setor, que se mobilizou através de vários movimentos sociais, estudante, profissionais de saúde, docentes, pesquisadores, sindicatos de

trabalhadores, associações de moradores para a VIII Conferência Nacional de Saúde, que criticavam o sistema de assistência médico-hospitalar. Este foi um dos fatos marcantes para a política de saúde.

Em março de 1986, em Brasília, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde tendo como temática central à discussão da saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde atrelada aos princípios da integração orgânico-institucional, descentralização, universalização e participação, redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (união, estado, municípios e territórios) na prestação dos serviços de saúde; financiamento setorial. (BRASIL, 1987a)

Os avanços a partir desta Conferência foram significativas, evidenciando a necessidade efetiva de uma reforma na saúde que desse conta de entender a necessidade de reestruturação do setor com a criação de um Sistema de Saúde que fosse único, separando-o da previdência, com estatização progressiva através de uma ampla reforma sanitária. A Conferência foi considerada como pré-constituente, definindo os aspectos fundamentais das modificações para este setor. Era preciso, entretanto, garantir as propostas e os conteúdos no texto constitucional. Neste sentido, se destaca que:

A saúde, em seu sentido mais abrangente, foi considerada como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (BRASIL, 1987b, p.382)

Após a Conferência, estabeleceu-se como estratégia de ação o fortalecimento das AIS, numa ação conjunta entre os níveis federal, estadual e municipal para a criação de condições técnico-administrativas e políticas que viabilizassem a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde. Este sistema teria que estar fundado na descentralização e universalização do atendimento, “reordenamento institucional estabelecido por instrumentos legais e o apoio político e mobilização social como base de sustentação de políticas e estratégias de organização de serviços de saúde” (BRAVO, 1996, p.75).

Com a consolidação das AIS, era necessário a constituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), significando um passo importante para a descentralização e redefinição de papéis e atribuições entre os níveis federal, estadual e municipal. Com a

implantação do SUDS, inicia-se a reforma administrativa com a previdência social, deixando o INAMPS, em 1988, atuar como órgão direto e indireto pelas ações de saúde.

É neste período que se tem a convocação da Assembleia Nacional Constituinte, que se deu através da emenda do Congresso Nacional, eleito em 15 de novembro de 1986, para elaborar a nova Constituição. O contexto social do país era marcado pelo agravamento das situações como o aprofundamento da inflação, arrocho salarial, volta do FMI e crise política.

Com relação às questões que envolviam a saúde teve avanços e recuos a partir da correlação de forças existentes, visto que as forças progressistas conseguiram algum poder. Alguns atores do movimento sanitário estavam presentes no alto escalão do governo, possibilitando uma maior articulação e garantir a saúde enquanto política social.

O texto constitucional, em relação à saúde, atendeu em grande parte as reivindicações do movimento sanitário, não atendendo aos interesses empresariais do setor hospitalar, porém, não alterava a situação da indústria farmacêutica. Os avanços conquistados com a Constituinte para a saúde foram:

- O direito a saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- As ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- A constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada à destinação de recursos públicos para subvenção a instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- A proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Com a promulgação da CF/1988, tem-se um período marcadamente significativo no campo das políticas sociais, e na construção de uma nova concepção de saúde e doença. A percepção social da saúde como direito de cidadania é um dado novo na história das políticas sociais brasileiras que é fruto dos movimentos sociais de participação em saúde do fim dos anos 1970 e início dos anos 1980.

A Seguridade Social no Brasil, compreendida pela saúde, previdência social e assistência social sinaliza uma nova perspectiva na proteção social brasileira a partir de 1988. Na política de saúde, tem-se assegurada a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Tem-se a instituição da Lei 8080 de 19/09/1990 que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde e as respectivas competências nos vários níveis de governo. Entre alguns princípios que regem o SUS, destacam-se os de universalidade, equidade e integralidade.

No mesmo ano institui-se a Lei nº 8142, de 28/12/1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A participação da sociedade organizada nos espaços de discussão e deliberação nos conselhos de saúde e nas conferências, proporcionando uma discussão voltada à realidade de cada contexto social é garantida e ampliada. A descentralização, apesar de seus entraves, ainda presentes, possibilitou uma atuação mais próxima às especificidades de cada estado e município, dando abertura no gerenciamento e condução da política de saúde.

A partir destas conquistas, tem-se a possibilidade concreta da construção de um modelo de atenção social à saúde, numa perspectiva ampliada e diferenciada do modelo médico-privatista que tem suas raízes calcadas no modelo flexneriano. Está institucionalizado e garantido um novo modelo institucional de saúde.

As diretrizes básicas para a operacionalização do SUS compreendem a descentralização, financiamento, participação social, fundo de saúde, conselhos de saúde, conferências, plano diretor, comissão de planos de cargos, carreiras e salários e relatórios de gestão. Enfim são mecanismos, princípios e diretrizes que efetivam o SUS no campo da política social da saúde.

Neste sentido, a partir de suas diretrizes e bases o SUS se organiza por um sistema plural de saúde, composto de três subsistemas que são: subsistema público – SUS, o subsistema de atenção médica supletiva e o subsistema de desembolso direto.

Entendendo-se que o SUS é um processo social e preconiza um novo modelo de saúde, conseqüentemente tem-se a possibilidade de construir uma nova concepção de saúde. Esta concepção vincula a saúde à defesa da universalidade de acesso e atendimento, na integralidade das ações, na reorientação das práticas em saúde que visem a garantir a promoção e proteção da mesma. Luz (1995) destaca que:

No contexto dessa nova definição, a noção de saúde tende a ser socialmente percebida como efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como expressão ativa – e participativa – do exercício de direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestão de políticas institucionais, etc. Assim, a sociedade teve a possibilidade de superar politicamente a compreensão, até então vigente ou socialmente dominante, da saúde como um estado biológico abstrato de normalidade (ou de ausência de patologias). (p.136-137)

Com o SUS, formou-se um novo aparato institucional de gestão da política de saúde que consolidou a esfera pública no Brasil, apoiado na concepção de relevância pública das ações e dos serviços de saúde. O papel do Estado na regulamentação, na fiscalização e no controle da execução de ações e serviços de saúde, quando complementares ao setor público, foi também preservado.

O princípio da equidade em saúde, permitiu que na construção do SUS se buscasse reestruturar os serviços para oferecer atenção integral e garantir que as ações básicas fossem acompanhadas pelo acesso universal à rede de serviços mais complexos conforme as necessidades. Neste sentido, no próximo item, abordar-se-ão os desafios colocados ao SUS nos marcos da reforma do Estado e seus rebatimentos na atenção básica.

### **2.1.1 A Construção da Atenção Básica à Saúde nos Marcos dos Anos 1990**

A década de 1990, é marcada pela Reforma do Estado<sup>20</sup> e das políticas sociais sob o alicerce da política neoliberal. Esta reforma interferiu sobremaneira no campo das políticas sociais, estruturando-se dentro da nova ordem marcada pela globalização, novas regras de mercado, ênfase na competitividade, desregulamentação das políticas sociais, ou seja, pela construção de uma nação econômica, política e socialmente caracterizada pelo neoliberalismo.

Como consequência no campo da saúde, houve redução dos gastos públicos e a cobertura de assistência à saúde via mercado. Para garantir o SUS e suas diretrizes o MS, adotou mecanismos indutores do processo de descentralização da gestão.

---

<sup>20</sup> Este processo de crise inicia-se na década de 1970 no cenário mundial, ancorada sob várias justificativas, principalmente as ligadas ao esgotamento do Estado na condução das políticas sociais que acabam por gerar sérios problemas tais como: “a expansão excessiva dos gastos sociais, responsáveis em última instância pela situação atual e revelando a intervenção intolerável, ineficiente e corrompedora do Estado sobre os mecanismos saneadores do mercado” (DRAIBE, HENRIQUE, 1988, p.57).

Tais mecanismos transferiam a responsabilidade da “atenção para o governo municipal, o que exigiu rever a lógica da assistência básica, organizando-a e expandindo-a como primeiro nível de atenção, segundo as necessidades da população” (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2008, p.600).

Neste sentido, a Política Nacional de Saúde atribuindo maior capacidade de gestão do SUS no âmbito municipal, define competências e atribuições pautadas pela Lei nº 8080/1990, destacando-se:

- Plano Municipal de Saúde, contendo as estratégias, as prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes;
- Estruturação do sistema municipal de saúde, responsabilizando-se por todas as ações e serviços de saúde no âmbito de sua atuação;
- Programação das ações e serviços necessários à população, abrangendo as referências a serem recebidas ou encaminhadas no processo permanente de pactuação e integração;
- Controle e avaliação dos serviços sob sua responsabilidade e do sistema municipal de saúde, entre outras competências a serem realizadas pelos gestores municipais.

Por outro lado, nesta década foram editadas as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBs) – NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96 –, que têm sido instrumentos importantes na condução da política de saúde. Em 2001, foi editada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) que trata da regionalização da assistência a saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso.

A descentralização amparada por estas NOBs apresentou resultados positivos com o expressivo aumento de transferências diretas de recursos do nível federal para o estadual e municipal. Os estados e municípios puderam se fortalecer na gestão e na expansão da rede de serviços municipais de saúde.

Outra ação governamental de relevância e voltada para o fortalecimento da ABS foi a implantação do PACS em 1991 cujo objetivo foi:

Incorporar ao Sistema Único de Saúde agentes comunitários de saúde, profissionalizados em auxiliares de enfermagem, para desenvolver ações básicas de saúde; identificar os fatores determinantes do processo saúde-doença; desencadear ações de promoção de saúde e prevenção da doença; funcionar como elo de ligação entre a população e os serviços de saúde, contribuindo, assim, com a comunidade no

processo de aprender e ensinar a cuidar da sua própria saúde.  
(BRASIL, 1991)

No ano de 1992, o PACS foi implementado através de um convênio entre a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), MS e as Secretarias Estaduais de Saúde, que garantia repasse de recursos para custeio do programa e pagamento, sob forma de bolsa, no valor de um salário mínimo mensal aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O PACS, foi implantado, inicialmente, nas Regiões Nordeste e Norte, tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna. Contribuiu também para o aumento ao acesso da população às unidades, o incremento da cobertura vacinal das crianças, o maior incentivo ao aleitamento materno, a redução da desnutrição infantil e o acompanhamento das gestantes, incentivando-as a realizar o pré-natal. (BRASIL, 2002a, p.13)

Foi uma das primeiras estratégias relacionadas à mudança do modelo de assistência à saúde, principalmente porque a partir desse programa começou a haver um intermediário entre as comunidades e os serviços de saúde.

Com o princípio de ser o elo de ligação entre a população e as unidades de saúde, o PACS promoveu o acesso aos serviços; identificando, mediante o cadastramento das famílias, seus principais problemas e fatores de risco; estimulando a educação da comunidade e a prevenção às doenças, e tentando despertar a sua participação social; auxiliando a equipe de saúde no controle de doenças endêmicas, como também, atuando juntos aos serviços de saúde na promoção e proteção à saúde da população (BRASIL, 1991).

A institucionalização dos ACS leva a compreensão de que suas ações não são alheias aos serviços de saúde, embora executadas fora das unidades de saúde. Também possibilitou a ruptura com o preconceito quanto à realização de serviços de ABS por pessoal da comunidade, sem “formação profissional específica, desde que habilitado por seleção pública e com posterior capacitação em processo de educação permanente, a princípio sob a responsabilidade de um supervisor” (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2008, p.601).

Segundo as autoras acima citadas, tal fato exigiu a definição do perfil do ACS e de suas atribuições além de supervisão especializada, o que condicionou a presença de um profissional de saúde de nível superior (enfermeiro), na base operacional de todo o processo de trabalho dos agentes. Por isso, a avaliação contínua do PACS indicou a necessidade de:

Maior articulação entre esse modelo e os serviços de saúde para evitar o esgotamento e o desgaste da atuação dos agentes. O PACS, integrado ao sistema municipal de saúde, poderia garantir maior efetividade em seu trabalho com as comunidades, facilitando também a articulação com órgãos e instituições não setoriais, ampliando o leque de intervenções e melhorando seu desempenho. (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2008, p.601)

Os ACS encontram-se de forma privilegiada na dinâmica de implantação e consolidação de um novo modelo assistencial, centrado no paradigma da promoção de saúde, e a percepção desses agentes em relação à realidade de cada comunidade é ponto fundamental para o processo educativo e participativo da população.

A partir do PACS, o ACS tornou-se um elemento efetivo do trabalho em saúde e um ator essencial no cenário da estruturação e reestruturação da ABS em saúde, visando especialmente à ampliação da cobertura assistencial, com aumento do acesso a partir do acolhimento feito por ele, identificando, encaminhando e dando resolubilidade às necessidades de saúde da população

O PACS, antecede e dá origem ao PSF. Ambos os programas vinculam-se às indicações do BM que traz a reorientação do sistema de saúde, na redução do papel do Estado nesta área, através: da responsabilização da família, que deve tratar suas enfermidades comprando os serviços médicos necessários no mercado; da transferência de funções governamentais às Organizações Não Governamentais – ONG's, visando atender a população de baixa renda que não pode recorrer ao mercado para resolver seus problemas de saúde e da transferência de serviços públicos de saúde para o setor privado.

A partir desta perspectiva o PSF/ESF<sup>21</sup> viria atrelado como um programa no âmbito da ABS com objetivos de desenvolver ações focalizadas para grupos humanos considerados de extrema pobreza, com recursos diferenciados, de baixa densidade tecnológica e custos mínimos.

É neste contexto, que se implantou a ESF através da Portaria MS nº 692, de março de 1994, como necessidade de reorientação da operacionalização no âmbito da atenção básica e resposta a uma demanda dos municípios que solicitavam ao MS tais mudanças. A proposta que se buscou construir, com relação à ESF, é de entendê-lo, não como programa, mas

---

<sup>21</sup> Questionamentos quanto a ser um programa ou estratégia compõem uma das controvérsias envolvendo o PSF. Lançado como programa em 1994, foi catalogado como estratégia, buscando diferenciar-se dos programas tradicionais já produzidos pelo MS. A segunda versão oficial do PSF, publicada em 1997, define-se efetivamente como estratégia de reorientação do modelo assistencial. Para o estudo se estará mesmo na contextualização da Saúde da Família utilizando o termo ESF.



estratégia para o fortalecimento do modelo assistencial, baseado no SUS, a partir da reestruturação da atenção básica.

Na primeira fase, o programa/estratégia foi implementado principalmente em pequenos municípios e apresentou o caráter restrito de ABS, com condições de absorver a demanda reprimida de atenção primária, mas com baixa capacidade para garantir a continuidade da atenção.

Consta a partir de Nogueira (2002) que a ESF enquanto programa ministerial foi definido a partir de uma reunião com representantes do MS, com participação de especialistas do UNICEF e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

As razões indicadas para o desenvolvimento da ESF no Brasil, segundo o MS, foram a experiência do Programa Médico da Família em outros países como “Reino Unido, Suécia, Cuba e Canadá e a implantação do Programa Comunidade Solidária escolhendo o PACS e PSF (termo da autora) como instrumentos de consecução das suas estratégias” (NOGUEIRA, 2002, p.279-280).

Os programas PACS e ESF, inicialmente, estavam institucionalmente vinculados à Coordenação de Saúde da Comunidade, no Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde. No ano de 1994, foi estabelecido um convênio entre o MS, estados e municípios com o “mecanismo de financiamento, exigências de contrapartidas e critérios de seleção de municípios”. Era exigência para os municípios o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e Fundo Municipal de Saúde para o repasse de recursos a tais programas (BRASIL, 2002a, p.14).

Neste período, a ESF não se concretizava como uma proposta de substituição ao PACS e sua implantação privilegiava áreas de risco social – “inicialmente população residente nas localidades delimitadas no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e posteriormente, municípios inseridos no programa Comunidade Solidária, ou no programa de redução da Mortalidade Infantil” (BRASIL, 2002a, p.14).

No ano de 1995, PACS e ESF foram transferidos da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência Social até 1999, quando passaram a estar vinculados à Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde.

A partir do ano seguinte, a ESF passou a ser remunerado pela tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), mas de forma diferenciada. A consulta da ESF equivalia ao dobro da consulta do SUS.

O MS, em seu Plano de Metas de 1997, estabeleceu, a partir de portaria ministerial, prioridade para o PACS e ESF, aprovando normas e diretrizes dos programas. No ano anterior, com a implantação da NOB/SUS/1996, apoiada em deliberação do Conselho Nacional de Saúde a ABS assumiu caracterização de primeiro nível de atenção, ou seja:

Um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, [...] para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente. (BRASIL, 1998, p.11)

Tal ato normativo disciplinou o processo de organização dos serviços segundo campos de atenção assistenciais, de intervenções ambientais e de políticas extra setoriais, em uma concepção ampliada de atenção à saúde e de integralidade das ações.

Entre suas principais determinações, a NOB/SUS/1996, substituiu o modelo de alocação de recursos financeiros federais para estados e municípios (até então com base em convênios e no pagamento por produção de serviços), por nova modalidade de transferências diretas de Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e estaduais. Outra determinação foi fortalecer a capacidade gestora do Estado em nível local, incentivando mudanças no modelo de ABS, reduzindo as desigualdades de acesso, avançando para além da seletividade e propondo a Saúde da Família como estratégia, além de definir indicadores de produção e de impacto epidemiológico (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2008).

Com a NOB/SUS/1996, estabeleceu-se um novo modelo de transferência de recursos financeiros federais para Estados e municípios através do Piso de Atenção Básica (PAB) e os programas ganharam novo impulso no sentido em que:

O PAB fixo – recursos per capita/ano para a Atenção Básica – inaugurou a modalidade de transferência de forma regular e automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, possibilitando maior autonomia na gestão municipal e maior responsabilização do dirigente municipal com o atendimento a saúde dos municípios. O PAB variável foi introduzido para incentivar a adoção, pelos municípios, de programas e estratégias para a organização da Atenção Básica entre os quais a saúde da família (farmácia básica, vigilância sanitária, atendimento as carências nutricionais, agentes comunitários de saúde e saúde da família). (BRASIL, 2002a, p.15)

Embora houvesse incentivo por parte do MS, na implantação de equipes da ESF, averiguou-se nos anos de 1999 que as equipes não asseguravam uma cobertura de suas populações, preocupando com o risco de pulverização do programa e da criação de espaços privilegiados de assistência, sem garantir a incorporação ao sistema como estratégia substitutiva e mantendo baixos índices de impacto nos indicadores municipais.

Neste sentido, o MS reajustou os valores dos repasses e introduziu uma nova modalidade para o cálculo dos incentivos do PAB variável referente à ESF, remunerando melhor os municípios com maior cobertura populacional das equipes de ESF, visto que:

Em maio de 2000, os municípios com cobertura de, no mínimo, 70% de sua população, haviam crescido em 42%. Em dezembro do mesmo ano o PSF existia em 3.090 municípios e estavam construídas 10.473 ESF com uma cobertura de 22% da população brasileira e 145.299 agentes comunitários de saúde atuavam em 4.610 municípios envolvendo cerca de 51% da população do País. (BRASIL, 2002a, p.16)

A ESF tem como objetivo, poder contribuir, a partir da atenção básica, na reorientação do modelo assistencial, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades de saúde, com definição de responsabilidades entre os seus serviços e a população (BRASIL, 1998, p.10). Quanto aos objetivos específicos que embasam a ESF, destacam-se:

- Prestar, na unidade de Saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita.
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;

- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social. (BRASIL, 1998, p.10)

Algumas diretrizes são colocadas, segundo o MS (BRASIL, 1998), para o desenvolvimento da ESF, respeitando-se as diferenças loco-regionais como:

- **Caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização:** A unidade de Saúde da Família é uma unidade pública destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção. Representa o primeiro contato da população com o serviço municipal de saúde, assegurando a referência e contra-referência para os diferentes níveis do sistema.
- **A descrição da clientela:** A unidade de Saúde da Família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade.
- **Cadastramento:** As equipes de saúde deverão realizar o cadastramento das famílias, através de visitas aos domicílios, segundo a definição da área territorial pré-estabelecida para a adscrição.
- **Unidades de Saúde da Família:** Sua instalação poderá acontecer nos postos já existentes ou construídos para tal finalidade obedecendo aos princípios básicos de dispor de capacidade instalada da unidade, quantitativo populacional a ser assistido, enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença, integralidade da atenção e possibilidades locais.
- **A composição das equipes:** deve contemplar, minimamente, de um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e ACS. Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a estas unidades básicas em função das demandas e possibilidades locais, sendo responsáveis por uma população adscrita e devendo residir no município, com regime de trabalho de dedicação integral. Os ACS devem residir na área de abrangência de seu trabalho. (BRASIL, 1998, p.11-13)
- **A atribuição das equipes:** Envolve atividades a serem constantemente avaliadas através do acompanhamento dos indicadores de saúde da área de atuação, devendo as equipes estarem preparadas para:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;

- identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde;
- resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados;
- desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos;
- promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados. (BRASIL, 1998, p.14)

A base de atuação das equipes são as unidades básicas de saúde, incluindo as atividades de visita domiciliar, internação domiciliar e participação em grupos comunitários (BRASIL, 1998). A primeira atividade tem a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias. A equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de risco.

O acompanhamento dos ACS em microáreas, selecionadas no território de responsabilidade das equipes da ESF, representa um componente facilitador para a identificação das necessidades e racionalização do emprego dessa modalidade de atenção.

Com relação à internação domiciliar, esta não substitui a internação hospitalar tradicional. Deve ser utilizada no intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente. Por isso, só deve ser realizada quando as condições clínicas e familiares do paciente a permitem. A hospitalização deve ser feita sempre que necessária, com o devido acompanhamento por parte da equipe.

A participação em grupos comunitários deve estimular e participar de reuniões de grupo, discutindo os temas relativos ao diagnóstico e alternativas para a resolução dos problemas identificados como prioritários pelas comunidades.

Na concretização de uma proposta de reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção básica, nos anos de 1997 e 1998, a ESF foi apresentada como possibilidade para a referida reorientação, tendo que estar em conformidade com os princípios do SUS, afirmando-se que a ESF possui caráter de modelo substitutivo da rede básica tradicional.

A implantação da ESF foi acelerada nos municípios de pequeno porte com baixa ou nenhuma capacidade instalada. Em contrapartida, sua implementação em grandes centros urbanos, foi lenta, pois teve que enfrentar com questões de maior complexidade, relacionadas à “concentração demográfica, ao elevado grau de exclusão do acesso aos serviços de saúde, a

agravos de saúde característicos das grandes cidades e metrópoles e à oferta consolidada em rede assistencial desarticulada e mal distribuída” (SCOREL et. al., 2007).

A partir de 2003, a ampliação da ESF passou a ser apoiada pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)<sup>22</sup>, estratégia negociada pelo MS, para vigência de sete anos com financiamento internacional do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD).

O PROESF visa à organização e o fortalecimento da atenção básica nos grandes centros urbanos do país (municípios com mais de cem mil habitantes) e incentivar a melhoria da qualidade dos processos de trabalho e do desempenho dos serviços de saúde no país, com ações diretas em 187 municípios brasileiros e nas 27 Unidades da Federação.

O Projeto tem como objetivos a ampliação, para as populações dos grandes municípios brasileiros, do acesso aos serviços de ABS, por meio da expansão da ESF; a interferência no processo de trabalho das equipes de saúde da família, através de investimentos em atividades de formação e capacitação dos profissionais; e o aumento da efetividade e melhoria do desempenho dos serviços, incorporando processos sistemáticos de planejamento, monitoramento e avaliação. Contempla investimentos para estruturação e organização de serviços, qualificação de Recursos Humanos e Sistemas de Informação e Avaliação (BRASIL, s/d.a).

Em 2006, com a finalidade de implantar um conjunto de metas e estabelecer um termo de compromisso de gestão no SUS, foi publicado as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. Neste documento, de modo articulado e integrado, foram apresentados três componentes da gestão: 1) pacto pela vida; 2) pacto em defesa do SUS e; 3) pacto de gestão do SUS<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> O prazo de execução financeira do Acordo de Empréstimo da Fase 1 findou em 30 de junho de 2007, sendo que o empréstimo foi finalizado com 99,87% (noventa e nove vírgula oitenta e sete por cento) de seu montante total desembolsado. A análise da evolução da cobertura da estratégia Saúde da Família, no grupo de 187 municípios participantes da Fase 1 demonstrou um aumento de 43% no número de ESF implantadas de dezembro de 2003 a junho de 2007, com extensão da cobertura média de 25,7% para 34,4% nesse período. Essa expansão foi mais intensa no 1º ano de implantação (2004), mas, apesar das dificuldades observadas nos anos seguintes, manteve-se a tendência de crescimento, ainda que de forma menos acentuada. A fase 2 está em execução no período entre 2008 a 2011. (BRASIL, s/d.a).

<sup>23</sup> 1) O **Pacto pela Vida** é um conjunto de compromissos sanitários firmado entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. As prioridades pactuadas foram: Saúde do idoso, o controle do câncer do colo de útero e mama, a redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento da capacidade de respostas as doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006b, p.7-12).

2) O **Pacto em Defesa do SUS** envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como Política de Estado mais do que Política de Governo. A concretização desse Pacto deve se firmar por meio de iniciativas que busquem a repolitização da saúde, a promoção da cidadania e o financiamento como garantia de recursos de acordo com as necessidades do SUS (BRASIL, 2006b, p.12-13).

No mesmo ano, o MS, levando em consideração essas evidências, editou a Política Nacional de Atenção Básica pela portaria Ministerial nº 648/2006, trazendo uma nova regulamentação financeira para a atenção básica, reiterando e qualificando a ESF como ação norteadora do SUS. Sobre esta Política discutir-se-á no próximo item.

Retoma-se então, a discussão das concepções e interpretações da atenção básica à saúde. Se a proposta da ESF é reorientar a atenção básica, conseqüentemente influenciando no modelo assistencial de saúde, deve ficar evidente a proposta que se defenderá e se concretizará no âmbito da atenção básica.

Neste sentido, chama-se a atenção de que se a ESF estiver vinculado e inserido na ABS, entendida como um programa, conseqüentemente, estará atrelado a ações focais e reducionistas, evidenciando, claramente, um modelo de atenção em saúde vinculada à proposta político-ideológica da ABS seletiva de saúde, entendida como prática complementar à medicina flexneriana.

A operacionalização desta concepção de atenção básica, quanto às ações desenvolvidas é dirigida a populações pobres, oferecendo tecnologias simples de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional, sem possibilidades de referências aos níveis secundário e terciário e incluindo a retórica da participação comunitária.

Diferentemente desta perspectiva, se a ESF é entendida como estratégia de organização da ABS, irá corroborar com a criação de equipes de saúde da família, inseridos em território de abrangência definido, desenvolvendo ações dirigidas às famílias e ao seu ambiente; de forma contínua, personalizada e ativa; com ênfase relativa no promocional e no preventivo mas sem descuidar do curativo-reabilitador; com alta resolubilidade.

Tem-se a partir desta perspectiva diretrizes vinculadas a valores que evitam reduzir as necessidades de saúde a processos fisiológicos; revaloriza a busca por “assistência progressiva totalizadora do cuidado; institui a dimensão subjetiva das práticas de saúde; leva em consideração o impacto na saúde da população; baseia-se por orientação por problemas”; a ênfase na intersectorialidade; planejamento e programação local; hierarquização; o primeiro contato (porta de entrada); longitudinalidade; integralidade; adstrição; co-responsabilidade; humanização; heterogeneidade e realidade (MENDES, 1996, p.276-280).

Quando se discute a ESF e a ABS, destaca-se que estes espaços tendem a ser um espaço social em que se disputam diferentes projetos de conservação e mudança das práticas

---

3) O **Pacto de Gestão do SUS** define as responsabilidades sanitárias do gestor municipal, do gestor estadual e do gestor federal dentro do SUS e estabelece diretrizes para a gestão nos aspectos da: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada integrada (PPI), regulação, participação social, gestão do trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2006b, p.13-66).

de saúde. Também é o espaço de discussão, experimentação e reprodução ampliada de modelos assistenciais que possibilitem a emergência de contradições a serem enfrentadas pela prática política dos trabalhadores de saúde e seus aliados históricos.

A questão da interpretação que se tem da ABS é fundamental na discussão do modelo de saúde, das ações que são implantadas neste âmbito e principalmente, quando discutida a ESF, revelando em que perspectivas e bases é efetivado tal estratégia. Neste sentido, concorda-se com a posição de Mendes (1996) que entende que a ESF é uma estratégia, de fortalecimento e organização da atenção básica, pois não dá conta de reordenar todo o sistema de saúde e neste sentido, “que por meio da saúde da família, irá catalisar o reordenamento dos níveis secundário e terciário, mediante estratégias complementar, o consórcio de saúde” (p.273).

Portanto, a ESF necessita estar embasada pelos mesmos princípios que regem o SUS. As diretrizes e bases devem estar em conformação com a mesma proposta para que ambos possam caminhar na mesma direção na construção de uma política de saúde de fato efetiva e universal, traduzindo-se como um direito de cidadania a todos.

### **2.1.2 A Política Nacional de Atenção Básica à Saúde**

A Política Nacional de Atenção Básica instituída a partir da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006a), aprova e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a ESF e o PACS, com base na revisão da legislação até o momento, em uma perspectiva do pacto pela saúde<sup>24</sup>.

A referida portaria traz fundamentalmente a reafirmação da ESF como modelo de atenção básica para todo o país e como ordenadora das redes de atenção à saúde. Estabelece também a mudança de expressão Programa Saúde da Família para Estratégia Saúde da Família, no entendimento de que todos os programas se tornam políticas, que é muito mais estável e sustentável do que algo provisório como os programas.

---

<sup>24</sup> Todas as informações contidas neste item estão diretamente referidas na Portaria nº 648 de 28/03/2006. Não serão abordados todos os artigos e capítulos. Para maior aprofundamento, indica-se a leitura direta da referida portaria.



Para a organização da Política Nacional de Atenção Básica parte-se da Saúde da Família como estratégia prioritária para atender os preceitos do SUS, tendo como fundamentos:

- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e estimular a participação popular e o controle social. (BRASIL, 2006a)

Para a operacionalização da ABS, tem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas Comissões Intergestores Bipartites (CIBs). Neste sentido, a Atenção Básica caracteriza-se por um:

Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem

resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006a)

Para garantir os princípios da ABS bem como sua operacionalização, são determinadas responsabilidades em cada esfera de governo, cabendo ao governo municipal, juntamente às Secretarias Municipais de Saúde:

- Organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;
- Incluir a proposta de organização da Atenção Básica e da forma de utilização dos recursos do PAB fixo e variável, nos Planos de Saúde municipais e do Distrito Federal;
- Inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde;
- Organizar o fluxo de usuários, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica;
- Garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;
- Selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, inclusive os da Saúde da Família, em conformidade com a legislação vigente;
- Programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;
- Alimentar as bases de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema de saúde municipal, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão;
- Elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal;
- Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

- Definir estratégias de articulação com os serviços de saúde com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;
  - Firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território, divulgando anualmente os resultados alcançados;
  - Verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão;
  - Consolidar e analisar os dados de interesse das equipes locais, das equipes regionais e da gestão municipal, disponíveis nos sistemas de informação, divulgando os resultados obtidos;
  - Acompanhar e avaliar o trabalho da Atenção Básica com ou sem Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados;
  - Estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; e
  - Buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território.
- (BRASIL, 2006a)

As responsabilidades e competências do governo estadual está em viabilizar, na Comissão Bipartite, as normatizações e as diretrizes que assegurem o cumprimento dos princípios gerais, acompanhando, avaliando e monitorando por meio de assessoria técnica, de modo que proporcione o desenvolvimento da ESF seja no credenciamento ou no desc credenciamento das equipes, no fluxo de informações e nos recursos, intermediando o município e o MS.

Ao governo federal atribui-se que viabilize, por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as normatizações e as diretrizes da ESF com aporte financeiro e de articulação entre as demais esferas para a qualificação das equipes das ESF.

Define, para as três esferas federativas, a criação de metas e de mecanismos de acompanhamento das ESF expressos em planos de saúde; infraestrutura e recursos necessários; cadastramento das unidades que prestam serviços básicos de saúde; processo de trabalho das equipes de atenção básica; atribuições dos membros das equipes de atenção básica; processo de educação permanente.

Isto trouxe uma revisão das funções das unidades básicas de saúde (UBS), considerando diferentes modalidades segundo o modelo de atenção predominante – UBS com ou sem ESF, além de propor a uniformidade do processo de trabalho da equipe multiprofissional e legitimar a expansão do processo de educação permanente dos

profissionais da atenção básica. Também traz o detalhamento das modalidades de implantação e incentivos financeiros para as equipes de ESF, saúde bucal e o PACS.

Para que o objetivo da atenção básica seja garantida, a Portaria estabelece uma série de ações que caracterizam o processo de trabalho das equipes de atenção básica que são:

- Definição do território de atuação das UBS;
- Programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;
- Desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;
- Desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;
- Assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
- Implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;
- Realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- Participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;
- Desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e
- Apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social. (BRASIL, 2006a)

A caracterização das equipes da ESF tem por pressuposto a existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.

Com relação ao número de ACS, os profissionais devem cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família.

Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

Para as equipes na ESF também são definidos os processos de trabalho, que devem estar aliados com os processos de trabalho da atenção básica, destacados acima. As atribuições são:

- Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- Definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
- Diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
- Prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
- Trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;
- Valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
- Promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações;
- Acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho. (BRASIL, 2006a)

Com relação ao financiamento da Atenção Básica, o mesmo será em composição tripartite: município, estado e governo federal. O financiamento é composto por uma parte fixa e, outra variável que compõe o teto dos recursos do bloco de ABS conforme estabelecido no pacto pela saúde.

O PAB fixo refere-se ao valor per capita destinados aos municípios segundo população do IBGE. O PAB variável é destinado a estimular as seguintes estratégias: Programa Saúde da Família – incentivo PSF; Programa Agente Comunitário de Saúde – incentivo PACS; Programa de Saúde Bucal – Incentivo Saúde Bucal; Compensação das especificidades regionais; Saúde no Sistema Penitenciário e Saúde indígena.

Os recursos destinados à atenção básica serão financiados a partir das ações descritas no Plano Municipal de Saúde. Os recursos do PAB são repassados Fundo a Fundo em conta aberta para permitir o acompanhamento dos Conselhos de Saúde.

Segundo Campos et. al. (2008), neste documento é nítida a política indutora para a implantação da ESF sobretudo por incentivo financeiro. Isto gerou algumas críticas de alguns municípios e estados sobre a viabilidade da ESF em face de suas regras, consideradas rígidas. As críticas passam pela insuficiência do apoio financeiro federal e a omissão dos estados.

Para os grandes centros urbanos, a proposta não se aplicaria em função da obrigatoriedade de contratação, principalmente do profissional médico em quarenta horas/semana, questiona-se a viabilidade do trabalho territorial e de aproximação da comunidade em virtude da violência urbana; entende-se que o processo de trabalho não se adaptaria ao perfil da cultura urbana, cuja relação também se estabelece com a obrigatoriedade de vínculo a determinada equipe e ao elevado custo de manutenção, entre outros.

Os desafios são inúmeros para a concretização da Política Nacional da Atenção Básica à Saúde e neste processo amplia-se as ações na atenção básica com a Portaria GM nº 154, de 24/01/2008 (BRASIL, 2008), que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que será abordada a seguir.

### 2.1.3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Visando apoiar a inserção e ampliação da ESF na rede de serviços, garantindo a continuidade e integralidade da atenção, o MS criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008 e republicada em 04 de março de 2008<sup>25</sup>.

A referida portaria traz como pressupostos políticas nacionais diversas, tais como: de Atenção Básica; de Promoção da Saúde; de Integração da Pessoa com Deficiência; de Alimentação e Nutrição; de Saúde da Criança e do Adolescente; de Atenção Integral à Saúde da Mulher; de Práticas Integrativas e Complementares; de Assistência Farmacêutica; da Pessoa Idosa; de Saúde Mental; de Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social.

O objetivo do NASF corrobora com a ampliação, fortalecimento e resolubilidade da atenção básica, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

Com relação a diretrizes do NASF, tem-se a integralidade que é compreendida em três sentidos: (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população.

Os NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que devem atuar em parceria com os profissionais das equipes da ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado. Além disso, garantir junto as equipes da ESF a integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS.

Uma questão importante a ressaltar é que o NASF não se caracteriza como porta de entrada do sistema, mas atua de forma integrada à rede de serviços de saúde, trabalhando em

---

<sup>25</sup> Neste item, todas as informações destacadas estão pautadas pela Portaria de criação do NASF. Nem todos os itens constantes da Portaria serão assinalados no texto, indicando ao leitor a leitura completa do documento. As produções e análises sobre o NASF ainda são recentes e inexistentes.

conjunto com as equipes da ESF a partir das demandas identificadas no cotidiano de trabalho. Isto exige a responsabilização,

Compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS. (BRASIL, 2008)

Nos termos da Portaria 154, há duas modalidades de classificação do NASF: NASF I e NASF II, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.

O NASF I é composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional (TO). Cada um desses NASF deve estar vinculado a um mínimo de oito (08) e máximo de vinte (20) equipes de saúde da família, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco.

Recebe incentivo para sua implantação no valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) que será repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal. O mesmo valor e a mesma forma de repasse financeiro são garantidos a cada mês para a manutenção do NASF (modalidade I e II).

O NASF II deverá ter no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional; e se vincular a no mínimo três equipes de saúde da família.

Recebe incentivo para sua implantação no valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) que será repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

A definição dos profissionais que irão compor cada tipo de NASF é de responsabilidade do gestor municipal, seguindo, entretanto, critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.



Os profissionais do NASF devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de Saúde da Família às quais estão vinculados.

Com relação ao processo de trabalho, o profissional organizará o trabalho com foco nos territórios de sua responsabilidade, conjuntamente com as equipes da ESF que a ele se vinculam de forma a priorizar as ações de:

- Atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, bem como consultas e intervenções conjuntas, apoio por telefone, e-mail etc.
- Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de saúde da família responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, continuar mantendo contato com a equipe de SF, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo NASF diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade.
- Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de saúde da família. Como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc. (BRASIL, 2008)

Para a realização destas ações é importante que a equipe do NASF esteja presente no cotidiano de trabalho junto as equipes da ESF. Para isso é determinado que o NASF tenha uma carga horária, de no mínimo, quarenta (40) horas semanais, que inclusive está atrelada aos repasses dos recursos federais.

Abre-se uma exceção ao profissional médico que em substituição a um profissional de 40 horas semanais, podem ser registrados dois (02) profissionais que cumpram um mínimo de vinte (20) horas semanais cada um.

São ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes da ESF:

- Identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;
- Identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;
- Atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- Acolher os usuários e humanizar a atenção;
- Desenvolver coletivamente, com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;
- Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação;
- Avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;
- Elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF;
- Elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada. (BRASIL, 2008)

A referida portaria também estabelece as atribuições e ações que cada categoria profissional que compõe o NASF deve cumprir. Com relação a estas atribuições, se destacará no capítulo sobre as práticas profissionais das equipes da ESF e NASF.

As atribuições de cada esfera de governo também são destacadas, sendo de responsabilidade e competência das Secretarias de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal:

- Definir o território de atuação de cada NASF quando as equipes de Saúde da Família às quais estes NASF estiverem vinculados pertencerem a um mesmo Município ou ao Distrito Federal;
- Planejar as ações que serão realizadas pelos NASF, como educação continuada e atendimento a casos específicos;
- Definir o plano de ação do NASF em conjunto com as ESF, incluindo formulários de referência e contra-referência, garantindo a interface e a liderança das equipes de Saúde da Família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias;
- Selecionar, contratar e remunerar os profissionais para os NASF, em conformidade com a legislação vigente;
- Manter atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos sob sua gestão;
- Disponibilizar a estrutura física adequada e garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades mínimas descritas no escopo de ações dos diferentes profissionais que comporão os NASF;
- Realizar avaliação de cada NASF, estimulando e viabilizando a capacitação dos profissionais;
- Assegurar o cumprimento da carga horária dos profissionais dos NASF; e
- Estabelecer estratégias para desenvolver parcerias com os demais setores da sociedade e envolver a comunidade local no cuidado à saúde da população de referência, de modo a potencializar o funcionamento dos NASF. (BRASIL, 2008)

Também são atribuídos competências e responsabilidades para as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal que são: a) Identificar a necessidade e promover a articulação entre os Municípios, estimulando, quando necessário, a criação de consórcios intermunicipais para implantação de NASF 1 entre os Municípios que não atinjam cem mil (100.000) habitantes; b) Assessorar, acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações dos NASF, de acordo com o planejamento, garantindo a interface e a liderança das equipes de saúde da família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias; c) Realizar avaliação e/ou assessorar sua realização; e d) Acompanhar a organização da prática e do funcionamento dos NASF.

Para o processo de credenciamento, implantação e expansão dos NASF, preconiza-se que esteja vinculado à implantação/expansão da ABS/ESF e que tenha aprovação da Comissão Intergestores Bipartite de cada Estado.

Com relação ao financiamento do NASF este deve fazer parte da fração variável do Piso de Atenção Básica (PAB variável) e componham o Bloco Financeiro de Atenção Básica., incidindo nos fluxos e requisitos mínimos para manutenção da transferência e solicitação de crédito retroativo os requisitos definidos pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006.

O MS suspenderá os repasses, dos incentivos referentes aos NASF aos Municípios e/ou ao Distrito Federal nas mesmas situações previstas para as equipes da ESF e de Saúde Bucal, conforme o estabelecido na Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006.

Toda a trajetória construída neste capítulo, busca evidenciar a importância da discussão do conceito de ABS e de sua caracterização ao longo da história da política de saúde no Brasil. Este caminho mostra os rebatimentos na organização e execução das ações no âmbito da ABS junto aos processos de trabalho realizados pelos profissionais de saúde, que são sujeitos importantes na construção de um outro modelo de saúde que fato esteja alinhado com os princípios do SUS.

Nesta direção, o próximo item abordará o processo de trabalho no espaço da ESF, discussão esta já iniciada no capítulo anterior de maneira mais ampla, ao apresentar o processo de trabalho no âmbito da saúde, relacionando com a categoria trabalho, setor de serviços e modelos de saúde.

## 2.2 PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Durante os últimos anos, a saúde vem se constituindo como um campo de construção de práticas cuidadoras, socialmente determinadas, dentro do qual o formato da ação médica tornou-se hegemônico. Porém, percebe-se que, mesmo dentro desse modo peculiar de agir tecnicamente na produção do cuidado, há uma grande multiplicidade de maneiras ou modelos de ação.

Nesse horizonte, a ESF pode significar um processo instituinte de mudanças na atenção à saúde, resgatando conceitos fundamentais de vínculo, humanização, co-responsabilidade, que apontam para a reorientação do modo de operar os serviços de saúde.

A ESF está estruturada na lógica de atenção básica à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde.

As equipes de saúde da família, formadas basicamente pelo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, têm como objetivos centrais a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, às necessidades de saúde da população adscrita, destacando-se a perspectiva da família (BRASIL, 1997).

Para tanto, a ESF e os profissionais que nele atuam, necessitam desenvolver processos de trabalho que estabeleçam uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade e se traduzam, em termos de desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas. Apenas com ações desse tipo, a ESF conseguirá atingir os determinantes e condicionantes das condições de saúde-doença da população sob sua responsabilidade.

Nas diretrizes apontadas pelo Brasil (1997) para atingir os objetivos, requer-se abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social.

A partir destas considerações, Merhy (1997, 2007) tem caminhado, em suas discussões, a respeito do processo de trabalho em saúde e na ESF, debatendo sobre a micropolítica e cartografia do trabalho vivo<sup>26</sup>, as tecnologias em saúde, construindo algumas categorias de análise, destacando que o serviço de saúde é um lugar de produção (em duplo sentido), tanto de relações quanto de bens/produtos.

Para entender esta relação de produção, tanto de relações quanto de bens e serviços, é necessário compreender o conceito de tecnologia que remete à temática do trabalho, entendido como “ação intencional sobre o mundo na busca da produção de coisas (bens/produtos) – que funcionam como objetos”. Estes objetos não se referem necessariamente a materiais, duros, pois podem ser bens/produtos simbólicos que satisfaçam necessidades (MERHY, CHAKKOUR, 1997, p.119).

Remetendo esta discussão para o trabalho em saúde, o mesmo é primordialmente centrado no trabalho vivo em ato, pois não é capturado pela lógica do trabalho morto. O seu objeto não é plenamente estruturado e suas “tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de

---

<sup>26</sup> Para o aprofundamento da discussão da Cartografia do Trabalho Vivo, das Tecnologias em Saúde e da Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde, recomenda-se a leitura das obras: MERHY, Emerson Elias. *Praxis em Salud: un desafío para lo público*. São Paulo: Hucitec, 1997 e MERHY, Emerson Elias. *Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2007).

encontros de subjetividades para além dos saberes tecnológicos estruturados” (MERHY, CHAKKOUR, 1997, p.120-121). Neste sentido, destaca-se que:

A ação intencional do trabalho realiza-se em um processo no qual o trabalho vivo em ato, possuindo de modo interessado instrumentos para a ação, captura interessadamente um objeto/natureza para produzir bens/produtos (as coisas/objetos); [...] e no qual o trabalho em si atua como trabalho vivo em ato e os instrumentos de trabalho, bem como as organizações do processo, como trabalho morto. A rigor, a própria matéria-prima é trabalho morto, pois ela não é um dado bruto da natureza, mas é um produto de um trabalho vivo anterior que a produziu como natureza modificada. (MERHY, CHAKKOUR, 1997, p.118)

Inserir-se neste sentido, a discussão das tecnologias leve, leve-dura e dura e como se dá esta relação no interior dos processos de trabalho em saúde que determinam de que maneira e características se processam o fazer profissional.

A **Tecnologia Leve** refere-se às tecnologias de relações do tipo de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. Através desta tecnologia compreendem-se os modelos tecnológicos e assistenciais em saúde, partindo do eixo analítico do processo de efetivação da tecnologia leve e os seus modos de articulação com as outras.

Quanto à **Tecnologia Leve-Dura** refere-se aos saberes bem estruturados que operam no processo em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e a **Tecnologia Dura** são os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais (MERHY, 2007, p.49).

A partir destas tecnologias, no trabalho de saúde, não cabe julgar se elas são boas ou ruins, mas com que intencionalidade e qual razão instrumental estão se constituindo, cabendo perguntar sobre que “modelagem de tecnologia do trabalho vivo em ato se está operando, como ela realiza a captura das distintas dimensões tecnológicas, e o lugar que os usuários/necessidades, como intenção, ocupam na rede de relações que a constitui” (MERHY, CHAKKOUR, 1997, p.121).

Existe, neste processo, entre usuário e trabalhador de saúde, uma relação interseçora, pois em um trabalho de serviço, o ato da produção do produto e de seu consumo ocorre ao mesmo tempo e o modo como o consumidor valoriza a utilidade do produto para si está sempre presente na relação imediata de produção e consumo.

Este espaço interseçor só ocorre nos encontros e em ato. Entender este espaço interseçor é importante na análise dos processos de trabalho, principalmente se há um espaço

interseção compartilhado, ao realizar imediatamente atos de assistência com o usuário. “O processo interseção que se efetiva no cotidiano dos encontros pode evidenciar a maneira como os agentes se põem como portadores/elaboradores de necessidades nesse processo de interseção partilhada.” (MERHY, 2007, p.59)

Para o mesmo autor, a questão central para mudar os processos de reestruturação produtiva no setor saúde é a tecnologia leve. Neste espaço se centra a possibilidade de mudanças e revela de qual modelo de saúde está se falando e construindo. Contrapondo-se à perspectiva da medicina tecnológica que, também se utiliza da tecnologia leve, destaca que há um empobrecimento desta tecnologia, “dando ênfase principalmente para as tecnologias leves e as duras, conduzindo a práticas profissionais focais e reduzido a produção de procedimentos” (MERHY, 2007, p.99).

Para superar práticas centradas na medicina tecnológica, propõe-se a adoção da dimensão cuidadora que está presente em qualquer prática de saúde e não pertence a um recorte profissional específico. A dimensão cuidadora visa a produzir: processos de falas e escutas; relações interseções com o mundo subjetivo do usuário como ele construir suas necessidades de saúde; relações de acolhimento, vínculo; posicionamento ético; articulação de saberes, etc (MERHY, 2007, p.103).

A vida real dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme os modelos de atenção que são adotados, nem sempre a produção do cuidado está comprometida efetivamente com a cura e a promoção. No campo da saúde, o objeto não é a “cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio da qual se crê que se poderá atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar” (MERHY, 2007, p.117).

Nos últimos tempos, o campo da saúde foi se constituindo no campo de construção de práticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, dentro do qual o modelo médico de agir foi se tornando hegemônico.

No processo de produção de saúde, há um conjunto de atos que produzem certo formato do cuidar, de distintos modos que podem conformar num modelo de atenção à saúde. Estes atos podem ser “ações individuais e coletivas, como abordagens clínicas e sanitárias da problemática de saúde, conjugam todos os saberes e práticas implicados com a construção dos atos cuidadores” (MERHY, 2007, p.118). Atualmente, se vivenciam algumas tensões nos processos de produção da saúde que são:

A lógica da produção dos atos de saúde como procedimentos e a da produção dos procedimentos como cuidado, como por exemplo, a tensão nos modelos médicos centrados

em procedimentos, sem compromisso com a produção da cura; e a lógica da produção dos atos de saúde como resultado das ações de distintos tipos de trabalhadores para a produção e gerenciamento do cuidado e as intervenções mais restritas e presas às competências específicas de cada profissão como: ações de saúde enfermeiro-centradas, médico-centradas, sem ação integralizada e unificada em torno do usuário, ou a clínica restrita do médico e procedimento centrada e os exercícios clínicos de todos os trabalhadores de saúde (MERHY, 2007, p.119).

Quando se fala na dimensão cuidadora, é preciso ter claro que todo profissional de saúde, independente de seu papel como produtor de saúde, é um operador do cuidado mesmo com suas competências específicas, desde o médico, até o vigia da porta de estabelecimento de saúde. O modelo médico hegemônico acaba por reduzir a dimensão do cuidado. Há que se garantir a capacitação dos profissionais de saúde para atuar, no mínimo, no campo das tecnologias leves, nos modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculo.

Neste sentido, uma possibilidade de ultrapassar práticas restritas ao modelo médico hegemônico é saber explorar positivamente as relações entre as diferentes dimensões tecnológicas que constituem o conjunto das ações de saúde. Esta questão é um desafio dos modelos de atenção comprometidos com a vida.

Um profissional de saúde quando atua mobiliza ao mesmo tempo os seus saberes e modos de agir (saber específico) diante do problema, sobre o qual se “põe em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação”. Mas ambos, tanto o problema como o saber e agir profissional estão “cobertos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional” (MERHY, 2007, p.124). O autor ilustra esta relação exemplificando:

Diante de um indivíduo que está desenvolvendo um quadro de tuberculose pulmonar, o recorte passa necessariamente pelo modo como o núcleo profissional médico, ou da enfermagem, ou da Assistente Social, entre outras, recorta este problema concreto, portado pelo indivíduo, e que são núcleos nos quais operam centralmente as tecnologias duras e leve-duras. Mas, seja qual for a interseção produzida, haverá sempre um 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 interseções com os usuários. (p.124-125)

Neste exemplo levantado, identifica-se, na análise do autor, que o território tecnológico (leve, leve-dura e dura) são nos serviços concretos produto de disputas entre os



vários profissionais interessados neste lócus de ação social, refletindo na “organização dos serviços a partir de problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico, qual subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar” (MERHY, 2007, p.125).

A ênfase na dimensão cuidadora favorece a diminuição das relações de poder que se estabelecem entre os vários profissionais como representantes de certos interesses e modos de operá-los no interior dos modelos de atenção. Porém, não há como desconsiderar os modos específicos de produzir profissionalmente os atos em saúde, pois o que é preciso alcançar é a possibilidade de “explorar melhor este território comum para ampliar a própria clínica de cada território em particular, o que levará sem dúvida a ampliar a própria eficácia do mundo específico de ação” (MERHY, 2007, p.130).

O desafio que se coloca nos processos de gerenciamento do cuidado em saúde, no interior dos estabelecimentos, é alcançar uma combinação entre eficiência das ações e a produção de resultados usuário-centrados, resultando neste processo o cuidado em saúde, que assegura a cura, promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Isto exige uma relação otimizada entre a capacidade de produzir procedimentos e a de produzir o cuidado.

Merhy (2007) destaca que todo o processo de trabalho em saúde, para produzir o cuidado, tem de primeiro produzir atos de saúde, mas isso pode ser feito dentro de certo modo de cuidar, que não é necessariamente cuidador. Esta relação em si é tensa. Neste sentido, o conjunto das ações de saúde que opera em um espaço de base tensional é constituído de pelo menos três campos tendo como efeito nos agires em saúde a:

Polarização entre ser ou uma produção centrada em procedimentos, ou uma centrada no usuário; de outro expressando o mesmo terreno tensional, também cria polaridade entre o exercício privado do ato produtor do cuidado de saúde e a possibilidade de sua captura por processos mais publicizantes; e ainda de outro, está assentado na ocupação das arenas institucionais por múltiplos agentes concretos que portam distintas intenções, no dia a dia dos serviços, e disputam permanentemente a direcionalidade das ações de saúde. (MERHY, 2007, p.166)

Este é o terreno das práticas de saúde e não há como não estar inserido nestes campos tensionais. Seu reconhecimento abre caminhos para a discussão de novas possibilidades no agir em saúde, na busca do verdadeiro sentido do cuidado, centrado no usuário. Então, alguns desafios são colocados frente a estas questões, não como respostas prontas, mas como indicativos a serem pensados e fortalecidos para a construção de novas

práticas em saúde. Reporta-se novamente e Merhy (2007) que contribui com esta discussão destacando os desafios que, segundo ele, se fazem primordiais na discussão das práticas profissionais.

Primeiramente, o desafio nos processos de construção da legitimação de certa política que deve estar inserido num campo altamente partilhado e disputado; no desenvolvimento de mecanismos de captura dos autogovernos nas organizações, que não podem ser eliminados.

Com relação às práticas que procuram ordenar a produção de atos de saúde, estes são sempre trabalhos vivos em ato centrado, marcado pelas caixas de ferramentas que estão presentes na intervenção do dia a dia do fabricar modelos de atenção usuário-centrados que aumentam a capacidade de:

Governar arenas institucionais, atravessadas pelas multiplicidades dos atores em cena, com arranjos que se abram para as suas expressões e decisões; publicizar o exercício privado do agir, sem eliminá-lo, com processos organizacionais centrados nas competências (específicas, profissionais e cuidadoras) dos múltiplos trabalhadores de saúde, e no reconhecimento da conformação multirreferenciada do campo da saúde, tendo como eixo o ordenamento a partir do mundo dos interesses dos usuários; não abandonar as lógicas administrativas que permitam a construção de um agir em saúde mais eficiente, porém não substituindo a racionalidade principal deste agir – que é a cuidadora – por outra econômico-centrada; operar a gestão cotidiana de modo partilhado, por problemas, como dispositivo que explora o mapa cognitivo, o protagonismo do coletivo de trabalhadores em situação, e as suas capacidades de negociar e pactuar contratos públicos; construir uma caixa de ferramentas para os gestores do cotidiano que contenha a inteligência já produzida para administrar processos estruturados e que se abra para a incorporação de qualquer saber que possibilite atuar sobre esses processos em produção, que emergem sempre em fluxos de grandes incertezas. (MERHY, 2007, p.176-177)

Portanto, há aqui alguns questionamentos, desafios e propostas no âmbito da discussão e efetivação de novos processos e práticas profissionais em saúde. Esta discussão possibilita identificar sua relação com o social, seja sob a perspectiva ampliada ou restrita.

A construção de novas práticas de saúde deve estar pautada na sua relação com o social ampliado, ou seja, na perspectiva do direito. Isto, na prática profissional, vai refletir no desenvolvimento e ampliação da utilização das tecnologias leves, no sentido de resgatar o acolhimento, o vínculo e responsabilização e que sejam práticas aliadas com a perspectiva de identificar no usuário as demandas que são trazidas para dentro dos espaços de saúde, devendo ser um dos focos centrais de ação.

O resgate da dimensão cuidadora evidencia o objeto da prática profissional e seu consequente resultado que é a promoção, prevenção e garantia da saúde. Enfim, são alguns indicativos de novas práticas, em contraposição ao modelo médico hegemônico, ou como também é denominado, neste estudo, de flexneriano, que está em construção há muito tempo e que dentro das novas necessidades de saúde não estão dando conta de responder às reais necessidades do usuário, da política de saúde que busca a construção de um novo modelo de atenção em saúde, entendido como processo social da mesma.

A partir destas considerações a respeito da ABS, da Política Nacional da ABS, pode-se questionar em que bases são pensadas a ESF e estão atreladas a que interesses? E, sob que perspectiva de ação ele se desenvolverá? São questões que refletirão diretamente na condução que envolve a prática direta dos profissionais que compõe a ESF. Sobre estas questões, se estará aprofundando nas análises dos dados de pesquisa.

No próximo capítulo, se destaca os procedimentos metodológicos de construção deste estudo, para subsidiar a análise dos processos de trabalho dos profissionais da ESF e NASF e como se relacionam com as demandas sociais.

## CAPÍTULO III - O CONTEXTO DA PESQUISA

### 3.1 O TIPO DE ESTUDO<sup>27</sup>

O estudo do social em sua definição, e mais especificamente nesta pesquisa, no âmbito dos processos de trabalho dos profissionais da ESF, requer que o uso da metodologia de pesquisa auxilie na identificação desse processo, concretizando resultados que possam ser analisados e discutidos ampliando esta discussão.

Existe a preocupação em não privilegiar apenas resultados por si mesmos, mas evidenciar a compreensão dos vínculos indissociáveis das ações particulares com o contexto social em que estas se dão. Então, se entende que a pesquisa qualitativa é a que melhor se configura para o desenvolvimento do estudo e para a construção do recurso metodológico que é o caminho e o “instrumental próprios de abordagem da realidade, ocupando lugar central no interior das teorias sociais, pois ela faz parte intrínseca da visão social de mundo veiculada a teoria” (MINAYO, 2004, p.22).

A pesquisa qualitativa, neste sentido, possibilita atitudes mais abertas, flexíveis e maior capacidade de observação e de interação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa. “Seus instrumentos costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo, visando às finalidades da investigação.” (MINAYO, 2004, p.101)

Porém, é importante ter o cuidado de não ir para a atividade de campo sem prever as formas de realizá-la para não correr o risco de “romper os vínculos com o esforço teórico de fundamentação, necessário e presente em cada etapa do processo de conhecimento” (MINAYO, 2004, p.101).

O objetivo que pauta todo o processo da realização da pesquisa qualitativa é o entendimento de que este estudo não deve partir somente da leitura aparente do fenômeno, mas captar sua essência, “buscar, porém, as causas da existência dele, procurando explicar sua origem, suas relações, suas mudanças e se esforçar por intuir as consequências que terão para a vida humana” (TRIVIÑOS, 1990, p.129).

---

<sup>27</sup> O recurso metodológico utilizado no estudo da tese, se aproxima com a pesquisa realizada no Mestrado em Serviço Social na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), embora seja em realidades diversas e em momentos diferentes. Mas o referencial teórico aqui utilizado é pautado na construção já realizada no mestrado, revisando-se o texto e trazendo os elementos da realidade de pesquisa do doutorado.

Partindo da compreensão que a história e a realidade são construídas socialmente e em constante transformação é importante entender que o conhecimento não é algo rígido, mas igualmente em processo de modificação, necessariamente levando a considerar que o objeto de estudo, que é pautado a partir de uma realidade social, se transforma diariamente. Neste sentido, Minayo (2004) evidencia questões importantes no desenvolvimento da pesquisa em saúde e destaca que se deve estar atento ao fato de que:

Nenhuma pesquisa é neutra seja ela qualitativa ou quantitativa. Pelo contrário, qualquer estudo da realidade, por mais objetivo que possa parecer, [...] tem a norteá-lo um arcabouço teórico que informa a escolha do objeto, todos os passos e resultados teóricos e práticos. Em consequência podemos classificar as elaborações sobre o social, grosso modo, dentro de alguma corrente de pensamento filosófica ou sociológica, mesmo que essa filiação, para seus autores, seja algo inconsciente. Por outro lado, podemos dizer que nenhuma das linhas de pensamento sobre o social tem o monopólio de compreensão total e completa sobre a realidade. A ela nos acedemos sempre por aproximações [...]. (p.37)

A partir destas considerações, o presente estudo tem como objetivo central “Analisar o processo de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), no âmbito da Atenção Básica à Saúde e sua articulação com as demandas sociais, na área de abrangência da Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros na cidade de São Paulo – SP”.

Para alcançar este objetivo, apresentam-se os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as atribuições e o trabalho realizado pelos profissionais da ESF;
- Identificar a inserção do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) junto as equipes da ESF e o trabalho realizado no âmbito da atenção básica à saúde;
- Constatar como as demandas de saúde são trabalhadas pelos profissionais da ESF e NASF;
- Verificar como os profissionais da ESF e NASF identificam as demandas sociais e como são trabalhadas nas equipes.

Neste sentido, a identificação das categorias que nortearão o estudo, mostram-se fundamentais para a construção da pesquisa, entendendo que categoria “se refere a um conceito que abrange elementos e aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. [...] trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso” (MINAYO, 2004, p.70).

Para alcançar os objetivos da pesquisa, com relação aos procedimentos metodológicos, utilizou-se o estudo documental e bibliográfico, a observação participante e as entrevistas.

O estudo documental e bibliográfico ocorreu durante todo o processo de pesquisa e estudo da tese, evidenciando as categorias de análise, as referências importantes para o aprofundamento do tema e do objeto de estudo.

A escolha pela **observação participante** se deu pela possibilidade do pesquisador estabelecer uma relação mais aberta e interativa com o objeto de pesquisa e “combine o afazer de confirmar ou infirmar hipóteses com as vantagens de uma abordagem não estruturada” (MINAYO, 2004, p.96).

Este instrumental também possibilita que as interrogações sejam discutidas durante todo o processo de trabalho de campo, eliminando “questões irrelevantes, dá ênfase a determinados aspectos que surgem empiricamente e reformula hipóteses iniciais e provisórias” (MINAYO, 2004, p. 96).

O observar assume uma postura central, pois entre outras características, obtém-se um contato direto com o fenômeno observado, recolhendo as ações dos atores em seu contexto social, a partir de sua perspectiva e seus pontos de vista e ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto.

A observação participante caracteriza-se por uma inter-relação entre o pesquisador e sujeitos pesquisados, a partir da postura de participante-como-observador, que deixa claro para o grupo e para si que sua relação é meramente de campo. A participação, “tende a ser mais profunda possível através da observação informal, da vivência juntos de acontecimentos julgados importantes pelos entrevistados e no acompanhamento das rotinas cotidianas” (MINAYO, 2004, p.142).

Neste sentido, Oliveira (1996) destaca que o “pesquisador assume um papel perfeitamente dirigível pela sociedade observada, a ponto de viabilizar uma aceitação senão ótima pelos membros daquela sociedade, pelo menos afável, de modo a não impedir a necessária interação” (p.21).

Minayo (2004) destaca que na observação participante, alguns postulados devem ser obedecidos, a fim de se obter rigor metodológico na coleta de dados, não perdendo a cientificidade da pesquisa. Neste sentido, destaca-se que:

Para se conseguir avançar o conhecimento, através da observação participante, recomenda ao pesquisador que formule o mais claramente possível o que busca conhecer, ou seja, se quer explorar alguma proposição teórica, se quer testar hipóteses específicas ou fazer uma investigação exploratória sobre determinado tema ainda nebuloso. (MINAYO, 2004, p.147)

Recorrendo-se à mesma autora, uma das atenções que se deve ter ao realizar a observação participante, principalmente, quando da análise dos resultados, é informar sobre o processo de trabalho na íntegra, possibilitando a compreensão do todo. Cada ato, fato, percepção que se tenha do objeto de estudo, indicará as significações das ações que contemplem aquilo que se quer alcançar, no campo da pesquisa.

A partir da utilização da observação como instrumento de coleta de dados, convencionou-se utilizar o “Diário de Campo” que em seu sentido abrangente, pode ser entendido “como todo o processo de coleta e análise de informações, isto é, ela compreenderia descrições de fenômenos sociais e físicos, explicações levantadas sobre as mesmas e a compreensão da totalidade da situação em estudo” (TRIVIÑOS, 1990, p.154).

Minayo (2004) contribui com esta discussão evidenciando que o diário de campo é um instrumento fundamental na realização da pesquisa e destaca que “desse caderno constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa” (p.100).

Destaca-se, então, que o diário de campo também possibilita espaço aberto ao registro de impressões e subjetividades que possam ter aflorado no ato da observação. As angústias, as indignações, conhecimentos novos, as frustrações estão expressas.

Outro instrumental relevante no estudo é a **entrevista**, como construção de um efetivo “diálogo”, entre pesquisador e o sujeito da pesquisa, conduzindo não a um confronto entre ambos, mas “criando um espaço semântico partilhado por ambos os interlocutores, graças ao qual pode ocorrer aquela fusão de horizontes” (OLIVEIRA, 1996, p.21).

O autor ainda chama a atenção para o fato de que o pesquisador tenha habilidade de ouvir o informante e por ele ser igualmente ouvido, construindo um diálogo de iguais, sem contaminar o discurso do sujeito da pesquisa com elementos do discurso do pesquisador.

Minayo (2004) destaca a importância da entrevista como instrumento de coleta de dados, como possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo “ter a magia de transmitir, através de um

porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas” (p.110).

Neste sentido, a entrevista não é apenas um trabalho de coleta de dados, mas uma situação de interação, na qual as informações obtidas pelos sujeitos da pesquisa podem ser afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador.

Minayo (2004) quando discute os aspectos do intercâmbio pesquisador/pesquisado, evidencia que há dois entendimentos para esta questão. De um lado, há teorias que enfatizam a situação de desigualdade em que a entrevista se processa. De outro lado, estão os que ressaltam do ponto de vista cultural que a interação como algo intrinsecamente conflitivo. “Porém, confere autoria do produto ao pesquisador e aos pesquisados, reconhecendo a possibilidade de uns e outros marcarem a qualidade do desvendamento do social” (p.114).

Utilizou-se, dentre alguns tipos de entrevistas, a semiestruturada que “consiste em enumerar de forma mais abrangente possível as questões onde o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação” (MINAYO, 2004, p.121).

A partir destes instrumentais utilizados, ampliou-se a possibilidade de coletar os dados de pesquisa dentro da proposta de identificar o processo de trabalho dos profissionais e sua relação com as demandas sociais, trazendo amplo material de análise. A seguir, relatar-se-ão as atividades e o contexto observado auxiliando na compreensão da análise posteriormente.

### 3.2 ATIVIDADES OBSERVADAS COMO MATERIAL PARA O EIXO ANALÍTICO

Partindo do espaço da ESF para a obtenção dos dados que embasam o estudo na identificação dos profissionais que estão trabalhando com o social no cotidiano de seus processos de trabalho, desenvolveram-se os procedimentos metodológicos que possibilitaram identificar as categorias do estudo.

Todo o processo de observação foi realizado não apenas nos momentos das atividades que serão relatadas a seguir, mas durante toda a permanência junto as equipes de saúde da família, evidenciando outros aspectos e não só as atividades em si, mas posturas



profissionais, falas, valores, as relações com os usuários<sup>28</sup> e com os próprios profissionais entre si.

O aprofundamento teórico e bibliográfico foi um processo constante, evidenciando objetivamente as categorias de estudo, possibilitando assim uma maior propriedade do estudo em questão.

Quanto à escolha do campo de pesquisa, alguns fatores contribuíram para que fosse realizada na área da Supervisão Técnica de Saúde (STS) Lapa/Pinheiros. Por ser uma pesquisa qualitativa e dada a abrangência da cidade de São Paulo, definiu-se que se escolheriam as equipes de saúde da família através das STS. Fez-se o levantamento de todas as Supervisões e através do sorteio aleatório, definiu-se a STS Lapa/Pinheiros.

A partir desta definição, realizou-se um levantamento, por contato telefônico, a todas as UBSs para identificar quais se caracterizam como unidades saúde da família. De treze (13) unidades de saúde, cinco (05) possuem a ESF que são: UBS Parque da Lapa (06 equipes de saúde da família, sendo uma delas POP Rua), UBS Vila Jaguara (04 equipes de saúde da família), UBS Vila Piauí (04 equipes de saúde da família) e UBS Dr. Manoel Joaquim Pêra (04 equipes de saúde da família).

Neste sentido, foi mantido contato com a STS Lapa/Pinheiros para apresentação da proposta e projeto de pesquisa, para a aprovação inicial e, posteriormente ser encaminhado ao Comitê de Ética da SMS de São Paulo. O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê 16/12/2009 sob número CAAE: 280.1.1.162.000-09 e sua aprovação/parecer foi em 12/03/2010 (ANEXO A).

Para o desenvolvimento da pesquisa e a obtenção das entrevistas, foi elaborado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, conforme normas estabelecidas pela Resolução CNS 196/1996, expressando de forma clara e objetiva para os sujeitos de pesquisa a justificativa, os objetivos, os procedimentos de pesquisa e os resultados esperados. Foi garantido o sigilo do sujeito bem como ao tratamento dos dados coletados e quais os possíveis riscos (APÊNDICE A).

O projeto foi bem aceito pela equipe da Supervisão e após alguns encontros, que aconteceram entre os meses de janeiro e fevereiro do corrente ano, para definição e

---

<sup>28</sup> Será utilizado o termo usuário e não paciente, amparada na Resolução nº 240 do Conselho Nacional de Saúde - CNS de 05 de junho de 1997, que define usuário como uma interpretação ampla, contemplando coletividades múltiplas, que se beneficiam do trabalho desenvolvido pela instituição. [...] usuários devem necessariamente pertencer à população-alvo da unidade ou a grupo organizado que defenda seus direitos. Neste sentido, entende-se que o sujeito que procura um serviço de saúde não é um paciente, ele é sujeito de ação.

conhecimento da realidade de saúde estabeleceu-se que a pesquisa ficaria atrelada somente as UBS Vila Piauí e UBS Vila Jaguará.

Cada uma destas unidades possuem quatro (04) equipes de saúde da família, totalizando uma amostra de oito (08) equipes de saúde da família, pois ficaria inviável realizar a pesquisa nas dezoito (18) equipes dado o tempo de realização da coleta de dados e com o fechamento da tese. Outro fator para a definição desta amostra é que as UBSs Vila Jaguará e Piauí pertencem à subprefeitura da Lapa, no Distrito Administrativo Jaguará.

A escolha da amostragem de oito equipes de saúde da família dentre as dezoito existentes se deve à vinculação da pesquisa qualitativa que não tem como critério a amostragem numérica, mas com o “aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação” (MINAYO, 2004, p.102).

Ao se definir a pesquisa como qualitativa, entendeu-se que estes fatores seriam relevantes. O estudo foi desenvolvido em 45 dias, no período de 30 de março a 31 de maio, do corrente ano, acompanhando quase todos os dias de trabalho (de 2<sup>a</sup> à 6<sup>a</sup>-feira), tanto no período matutino quanto vespertino, totalizando uma média de 60 horas de observação.

Em todo o processo de coleta de dados, teve-se o cuidado de obter a partir da observação, os fatos vivenciados, restringindo apenas a esta ação, não desenvolvendo qualquer atividade profissional. Neste sentido, a postura foi de participante – como – observador.

A prática da observação do cotidiano geral das equipes, sua dinâmica de funcionamento e demandas, possibilitou identificar o público que atende, as atividades que os profissionais desenvolvem e como se constituem estas práticas no dia a dia, as formas de encaminhamento dado para as situações vivenciadas e se a dimensão social dos problemas trazidos pelos usuários é trabalhada pela equipe.

A observação não se valeu de uma prática padronizada, ocorreu livremente dentro da própria dinâmica de trabalho dos profissionais e das atividades desenvolvidas, possibilitando dar relevância aos sujeitos envolvidos e a sua prática, bem como a “ausência total ou parcial, de estabelecimento de pré-categorias para compreender o fenômeno que se observa” (TRIVIÑOS, 1990, p.153-154).

A dinâmica de funcionamento de cada equipe é muito similar, diferenciando-se em alguns aspectos, principalmente, na maneira de conduzir as práticas profissionais e concepções que envolvem este processo.

Em todas as equipes observadas, a dinâmica de funcionamento, era constituída de triagem, atendimento de demanda espontânea, consultas médicas, reuniões de equipe, grupos temáticos (realizados nas unidades, comunidade e escolas), visitas domiciliares (dos ACSs, médicos e enfermagem), reuniões de equipe com o NASF, atendimento de enfermagem.

As atividades observadas no decorrer da coleta de dados foram principalmente às reuniões de equipe com e sem o NASF. Também as visitas domiciliares (VD) com a Assistente Social (AS) acompanhada de profissionais de saúde e NASF; atividade de grupo e algumas capacitações para as equipes.

Ao final de cada dia, as anotações eram realizadas no diário de campo objetivando não perder os dados e vivências adquiridas durante o processo de permanência com a equipe, em suas atividades cotidianas, captando a dinamicidade de estar inserido no cotidiano das práticas dos profissionais da ESF.

A atividade mais observada nas equipes foram as reuniões de equipe que em algumas delas ocorria uma vez por semana (02 horas de duração) e em outras estes encontros aconteciam duas vezes por semana (01 hora de duração para cada reunião).

A proposta destas reuniões é que a equipe se reúna para discutir e encaminhar as necessidades daquela equipe e articular com os profissionais do NASF os encaminhamentos de situações que necessitassem da intervenção desse núcleo de apoio.

Foram discutidos assuntos referentes à dinâmica e processo de trabalho dos profissionais da ESF. Abordou-se e elencou-se a programação das atividades e serem desenvolvidas interna (na unidade) e externamente (na comunidade).

As reuniões são momentos de repasse de informações para que todos estejam cientes dos fatos que cercam a ESF. Também é considerado como espaço para troca de experiências, situações abordadas e atendidas pela equipe de profissionais, experiências, angústias e resolução de problemas.

O NASF também realiza suas reuniões a cada semana reunindo todos os integrantes do núcleo para debater as situações vivenciadas, os encaminhamentos necessários a serem realizados e avaliar o andamento do trabalho junto as equipes de saúde da família, quais tem sido os desafios e sucessos implantados no cotidiano.

Com relação às VD, acompanharam-se as realizadas pela Assistente Social, que em algumas situações estava acompanhada de ACS e/ou outros profissionais do NASF.

Havia o objetivo de acompanhar VD dos ACS, de enfermagem, mas não foi possível, pois os horários da pesquisadora e dos profissionais não coincidiram. Outro fator é que em muitas situações os ACS não vêm até a unidade de saúde para então começarem a realizar as

VD; elas já partem de seus domicílios. Não há carro público disponível para os profissionais realizarem suas atividades a campo/comunidade. Por isso muitos profissionais vão com seus próprios carros.

Os ACS relatam que em muitas VD elas necessitam usar transporte público e que não há nenhum benefício ao estarem em serviço, ou seja, pagam passagem como todos os passageiros no cotidiano.

Estas VD, quando realizadas por auxiliar de enfermagem, enfermeira e médico estão relacionadas ao acompanhamento de pessoas e famílias, consideradas pelos profissionais como problemas de saúde tais como: acamados, pessoas que necessitam aferir a pressão arterial com frequência, etc. Os ACS sempre se fazem presentes com a equipe nestas visitas domiciliares. São estes profissionais que acompanham as famílias e informam a equipe da necessidade das visitas domiciliares com os profissionais de saúde.

Os ACS estão em contato constante com a comunidade e família da qual são responsáveis. Existe a necessidade de visitarem no mínimo uma vez ao mês cada família de sua microárea. Além desta demanda, também realizam visitas domiciliares em situações em que são chamadas a irem à casa de uma família ou se existe alguma demanda que exija que voltem mais vezes, geralmente, vinculadas a situações de doenças e por demandas sociais e de relacionamento.

Os grupos temáticos são realizados na comunidade, possibilitando que as pessoas participem desta atividade sem necessitar se locomover até a unidade de saúde e, no próprio espaço da unidade de saúde. São abordados temas relacionados com a necessidade de uma população específica. Como exemplo, tem-se: grupo de gestantes, grupo de hipertensos e diabéticos, grupo de adolescente, grupo de qualidade de vida, grupo de tabagismo.

Há também os grupos temáticos desenvolvidos pelo NASF como o grupo de fisioterapia, grupo de terapia ocupacional, grupo de psicologia/psiquiatria, grupo da caminhada. A periodicidade de todos os grupos pode ser semanal, quinzenal e mensal.

Outra atividade acompanhada foram os encontros/reuniões de todas as equipes de ESF da Vila Jaguara com a Coordenação do NASF para apresentação da implantação do Projeto Terapêutico Singular no cotidiano das ações dos profissionais de saúde juntamente com o NASF. Como a proposta do NASF e do Projeto Terapêutico Singular são recentes na SMS, houve toda uma discussão e preparação para que estas implantações comesçassem a se concretizar.

No período da coleta de dados as equipes da Vila Jaguara estavam em processo de discussão do Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis – PAVS<sup>29</sup>. A SMS desde o ano 2007 vem trabalhando com este projeto e na região do Jaguara há uma nascente, o Córrego Sintra, que está ocupado irregularmente pelas pessoas e indústrias.

A proposta da SMS, Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (SABESP), Secretaria de Habitação e do Meio Ambiente é que se tenha um córrego limpo implantando um parque linear. Para isto é preciso fazer um estudo do local, pois além de casas e uma favela irregular, existem empresas próximas à nascente onde é despejado tanto esgoto doméstico como resíduos industriais.

Além destas atividades, em específico, toda vivência na equipe, a dinâmica do dia, as conversas mantidas com os profissionais, foi material para a observação, trazendo elementos importantes para o estudo. Esta dinâmica forneceu momentos de entrevista com os profissionais que teve um roteiro semiestruturado (APÊNDICE B), em que cada entrevistado teve a liberdade de falar sobre o tema proposto.

Foram realizadas vinte e duas (22) entrevistas com os profissionais das equipes da ESF e do NASF, entre eles: ACS, auxiliares de enfermagem, médicos, enfermeiras, assistente social, psicóloga, psiquiatra, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, educador físico e coordenador do NASF<sup>30</sup>.

Destaca-se que com os ACS, as entrevistas foram realizadas de forma coletiva. Percebeu-se uma resistência inicial em aceitar a entrevista com receio das perguntas, ou segundo os mesmos ACS, de “não saberem dar a resposta certa”. Diante disso, percebeu-se que a estratégia de fazer uma conversa com o grupo de ACS de cada equipe, deixou os profissionais mais à vontade e menos tensos.

Manteve-se o mesmo roteiro de perguntas, mas as respostas eram dadas de forma coletiva. Em algumas equipes todos os ASC estavam presentes e houve entrevistas com três

---

<sup>29</sup> O PAVS em São Paulo com o slogan: “Construindo Políticas Públicas Integradas na Cidade de São Paulo” é desenvolvido a partir do Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente, cuja agência executora é a Secretaria Municipal do Verde e Meio Ambiente (SVMA) com parcerias com a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Assistência Social. O Instituto Socioambiental – (ISA) e a SVMA são responsáveis por três metas desse projeto: 1) Política para mananciais: Definição de uma política de proteção, conservação e recuperação dos mananciais que abastecem o Município de São Paulo, afetados pelas condições de ocupação urbana, visando garantir à população paulistana o direito a um meio ambiente de melhor qualidade; 2) Proteção à biodiversidade: Desenvolvimento e implantação de políticas, planos e programas de proteção da biodiversidade no município de São Paulo e, 3) Gestão dos parques urbanos municipais: Desenvolvimento e implantação de um modelo de gestão dos parques urbanos municipais. Fonte: <http://www.mananciais.org.br/site/projetos/pavs/>, Acessado em abril, 2010.

<sup>30</sup> Embora a observação abrangesse oito equipes da ESF, nas entrevistas conseguiu-se entrevistar profissionais de cinco equipes, em função de horários, disponibilidade, etc.

(03) profissionais. O que se solicitava era que no mínimo metade da equipe de ACS (03) estivesse presente. A proposta ao final foi muito produtiva.

Ressalta-se que esta estratégia não é entendida pela pesquisadora como grupo focal, pois entende-se que esta técnica exige da pesquisadora outros recursos e estratégias metodológicas que caracterizam o grupo focal.

As entrevistas transcorreram com presença e interação da entrevistadora, no sentido de possibilitar uma maior informalidade e abertura quanto ao tema proposto; obedeceram a um critério único para todos os entrevistados.

A entrevistadora apresentou: o interesse da pesquisa; a instituição a que está vinculada; os motivos da escolha de tal objeto; a justificativa de escolha do entrevistado; a garantia de manter anônimos e sigilosos quaisquer comentários; o compromisso do retorno aos entrevistados.

Os dados colhidos foram extraídos da gravação das entrevistas, na interação de interlocução direta com a pesquisadora. Os entrevistados participaram livremente, relatando suas experiências, dificuldades e impressões sobre o tema abordado.

Em todo o processo de observação, desde a chegada e permanência da pesquisadora foi receptiva. Naturalmente, a receptividade ia crescendo na medida em que se permanecia mais tempo com os profissionais, o entendimento do objetivo do trabalho, no entendimento de que não se estava ali para julgar ações e concepções.

A partir de todo o processo de observação participante e diante de todo o material de pesquisa obtido com os instrumentais destacados, possibilita que a análise seja realizada no intuito de atingir os objetivos propostos na pesquisa.

### 3.3 A IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE NO PROCESSO DE PESQUISA

Atualmente um dilema presente no campo da análise de dados na pesquisa qualitativa é a de superar os esquemas interpretativos formais ou funcionalistas em busca de uma teoria capaz de conter os conteúdos intrinsecamente conflitivos e antagônicos da realidade social.

A análise do material coletado é uma etapa importante. Para atingir os objetivos, necessita-se evitar algumas problemáticas relacionadas ao perigo da compreensão espontânea

como se o real se mostrasse nitidamente ao pesquisador, mesmo entendendo que possui uma familiaridade com o objeto.

Igualmente importante é manter a fidedignidade às significações contidas no material coletado e a dificuldade de se conseguir aliar teorias e conceitos mais abstratos com os dados recolhidos no campo de pesquisa. Neste sentido, a análise contempla atingir os objetivos de:

(a) a primeira é heurística. Isto é, insere-se no contexto de descobertas das pesquisas. Propõe-se a uma atitude de busca a partir do próprio material coletado; (b) a segunda é de administração de provas. Parte de hipóteses provisórias, informa-as ou as confirma e levanta outras; (c) a terceira é a de ampliar a compreensão de contextos culturais com significações que ultrapassam o nível espontâneo das mensagens. (MINAYO, 2004, p.198)

No processo de conhecimento identifica-se que não há consensos e nem tampouco ponto de chegada, mas um processo constante, não estático e dialético. Esta questão também evidencia que há o limite da capacidade de “objetivação e a certeza de que a ciência se faz numa relação dinâmica entre a razão e experiência e não admite a redução de um termo a outro” (MINAYO, 2004, p.228).

Neste sentido, entende-se que a hermenêutica-dialética fornece suporte de análise para o material coletado que se “apresenta como um caminho do pensamento, como uma via de encontro entre as ciências sociais e a filosofia” e pela capacidade de “realizar uma reflexão fundamental que ao mesmo tempo não se separa da práxis” (MINAYO, 2004, p.218-219). Destaca-se ainda que:

A união da hermenêutica com a dialética leva a que o interprete busque entender o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico. Esse texto é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo em que as tensões e perturbações sociais. (MINAYO, 2004, p.227-228)

A hermenêutica consiste na explicação e interpretação de um pensamento que busca a “compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos: ser que pode ser compreendido é linguagem”. Essa interpretação pode ser: literal ou de averiguação do sentido das expressões usadas por meio de uma análise linguística; temática, na qual importa,

mais que a expressão verbal, a compreensão simbólica de uma realidade a ser penetrada (GADAMER, 1987 apud MINAYO, 2004, p.220).

A postura dialética reconhece os fenômenos sociais como resultados e feitos da atividade criadora tanto imediata quanto institucionalizada. Portanto, a centralidade de sua análise está focada na prática social, na ação humana, como resultado de condições anteriores, exteriores, mas também como práxis (MINAYO, 2004, p.232).

Diante desta relação entre hermenêutica e dialética, a interpretação exige elaboração de categorias analíticas capazes de desvendar as relações essenciais, bem como as categorias empíricas e operacionais capazes de captar as contradições do nível empírico em questão.

Então, ao pesquisador se exige que volte para a base e fundamento teórico, para uma reflexão sobre os conceitos iniciais, para colocação em dúvida das ideias evidentes. Neste processo, constrói-se uma nova aproximação do objeto: “O pensamento antigo que é negado, mas não excluído, encontra outros limites na elaboração presente. O novo contém o antigo incluindo-o numa nova perspectiva.” (MINAYO, 2004, p.234)

Neste sentido, como operacionalizar este momento da gênese e desafio da análise? Minayo (2004), ao responder esta indagação recorre à hermenêutica com Bakhtin destacando que é necessário primeiro não “separar a ideologia da realidade material do signo; não dissociar o signo das formas concretas de comunicação (signo faz parte de um sistema de comunicação social organizado); não dissociar a comunicação e suas formas de sua base material (infraestrutura)” (MINAYO, 2004, p.234).

Neste sentido, entende-se que a interpretação, buscando superar a dicotomia objetividade x subjetividade, exterioridade x interioridade, análise e síntese, “revelará que o produto da pesquisa é um momento da práxis do pesquisador, desvendando os segredos de seus próprios condicionantes” (MINAYO, 2004, p.237). A partir destas considerações, a autora propõe alguns passos de operacionalização no processo de análise que são:

**Ordenação dos Dados** que nesta etapa já possibilita ao pesquisador uma visão horizontal de suas descobertas no campo. Inclui transcrição de fitas, releitura do material, organização dos relatos em determinadas ordens, organização dos dados de observação.

**Classificação dos Dados** que é realizada a partir do material recolhido e inclui as seguintes etapas: a) leitura exaustiva de textos que auxilia o pesquisador a estabelecer categorias empíricas confrontando-as com as categorias analíticas teoricamente estabelecidas como balizas da investigação, buscando relações dialéticas entre ambas; b) constituição de um corpus ou vários corpus de comunicações se o conjunto das informações não é homogêneo.



Neste sentido, na primeira etapa da classificação dos dados, retomaram-se todas as informações contidas no diário de campo e nas entrevistas, que foram num momento analisadas de maneira indutiva buscando, a partir deste material, a “descoberta da pesquisa, administrando provas, comprovando-as, refutando-as, ou levantando novas provas; ampliando os contextos culturais e ultrapassando o nível das mensagens” (MINAYO, 2004, p.189).

No segundo momento, ou seja, na constituição de um corpus, a partir das atividades específicas observadas e pelas entrevistas realizadas, buscou-se identificar aos eixos de análise para responder ao objeto de pesquisa que são: qual o processo de trabalho dos profissionais da ESF e NASF; como são identificadas e trabalhadas as demandas de saúde; como as demandas sociais são reconhecidas e trabalhadas pelos mesmos profissionais.

A partir destas categorias, buscou-se elencar, dentro do material existente, responder a estas questões. Isto pressupõe organizar todo o material coletado, criando um esquema visível de identificação destas categorias na totalidade das observações, das ações, falas, e encaminhamento dados aos profissionais no que tange ao objeto desta pesquisa.

Diante deste processo definido, teve-se condições de analisar de fato o material coletado, relacionando com o aporte teórico construído para responder às perguntas da pesquisa, construindo um novo saber, não acabado, sobre a temática desenvolvida, auxiliando na compreensão da realidade vivida pelos profissionais no âmbito da saúde e sua relação com o social.

Quanto à Análise Final, este processo em qualquer investigação deve estar vinculado estrategicamente com a realidade. Há que se entender também que todo produto final é sempre provisório, resultado de todas as etapas de pesquisa, é o concreto pensado. Mas a sua compreensão não é contemplativa. Ela inclui num mesmo projeto o objeto, o sujeito do conhecimento e as próprias interrogações em movimento totalizador (MINAYO, 2004, p.234-237).

Esta trajetória metodológica aqui evidenciada permite, neste momento, contextualizar o campo de pesquisa, como espaço rico das interlocuções realizadas.

### 3.4 CONTEXTUALIZANDO O CAMPO DE PESQUISA

A ESF vem sendo assumida pelo MS como a principal estratégia de organização da atenção básica à saúde no país. Consta que em 2007, a ESF abrangeu 46,6% (5.125) dos municípios brasileiros, cobrindo cerca de 87,7 milhões de pessoas (BRASIL, s/d.b).

Os dados atuais evidenciam que mais da metade dos brasileiros, cerca de 96 milhões de pessoas, está cadastrada na ESF. De acordo com pesquisa divulgada em março do corrente ano, pelo IBGE, nos 27,5 milhões de residências cadastradas no programa - do total de 57,6 milhões - vivem 50,9% da população.

A maior parte das famílias atendidas vive na Região Nordeste, que concentra 35,4% dos domicílios cadastrados ou 9,7 milhões de famílias. Em seguida estão o Sudeste, com 9,1 milhões de atendidos e o Sul, onde as equipes de saúde visitam 4,5 milhões de casas. A Região Norte tem a menor cobertura: 2 milhões de domicílios ou 7,4% do total no país (VIEIRA, 31/03/2010).

Na cidade de São Paulo no mês de junho/2010, o MS em suas estatísticas informa que existem 1.013 equipes de saúde da família implantados, com uma estimativa de população coberta de 3.494.850 o que representa 31,8% (BRASIL, s/d.b)<sup>31</sup>.

Por questões políticas<sup>32</sup>, a ESF demorou a ser implantada em São Paulo. Elias et. al. (2006), ao estudar a implantação da ESF na cidade, destaca o desafio de gerir a estratégia em cidades consideradas metrópoles. Para os autores, São Paulo aglutina as características mais marcantes das metrópoles dos países capitalistas periféricos, como a economia dinâmica e inserida no circuito internacional, a especialização financeira, o papel determinante das telecomunicações para centralização das funções de comando e a presença de um forte padrão de exclusão social que adquire uma feição espacial, caracterizando um espaço urbano marcadamente heterogêneo.

No ano de 1995, na administração estadual de Mário Covas, a ESF começa a ser implantado na capital paulista. Há uma ação conjunta entre o MS, a Secretaria de Estado da Saúde e duas organizações sociais sem fins lucrativos: a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini. Foi denominado de Qualidade Integral em Saúde (QUALIS). Em 1996 foi implantada a ESF em Itaquera, e no ano seguinte no Parque São Lucas, Sapopemba e Vila Nova Cachoeirinha.

Segundo Brandão (2007), ao final de 2000, o QUALIS contava com 802 ACS, parte deles compoendo as equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em que

---

<sup>31</sup> Pela estimativa realizada pelo IBGE em 2009, a cidade de São Paulo conta com uma população de 11.037.593.

<sup>32</sup> Segundo Bedin (2006), na cidade de São Paulo, de 1989 a 1992, procurou-se implantar um sistema de saúde em consonância com os princípios do SUS, organizado com base em critérios epidemiológicos, potencializando a participação social com a implantação de conselhos. Mas essa experiência foi abortada radicalmente nos oito anos que se seguiram, sendo substituída por outra, que privilegiou a atenção curativa em detrimento das ações de promoção da saúde. Tal projeto recebeu o nome de Plano de Atendimento à Saúde e era tão contrário ao que havia sido consignado nas Leis 8080/1990 e 8142/1990, que o município foi descredenciado do SUS, com evidentes e negáveis prejuízos para a população, bem como para a evolução da Reforma Sanitária (p.06).

um grupo de ACS era coordenado por uma enfermeira, sem a presença do médico incorporado à equipe.

Ressalta o mesmo autor que formalmente nunca houve a proposta de implantação de equipes de PACS na cidade de São Paulo. O que houve foi o “início da implantação de equipes da ESF com a contratação de ACS, coordenados por uma enfermeira, enquanto se aguardava a contratação de outros profissionais” (BRANDÃO, 2007, p.20).

Esse processo, algumas vezes, inviabilizou-se pela dificuldade de se incorporarem profissionais médicos, principalmente em locais distantes na periferia. Em 2003, “611.475 paulistanos estavam cadastrados em equipes constituídas apenas por enfermeiros e ACS” (BOUSQUAT et. al., 2005).

No período de 1993-2000, o conjunto da rede municipal de atenção à saúde encontrava-se em situação bem peculiar em virtude da decisão política da gestão Maluf/Pita de adotar no sistema de saúde a transferência de recursos públicos para agentes aprovados (cooperativas), denominado de Plano de Atendimento à Saúde - PAS<sup>33</sup>.

Na administração de Marta Suplicy (2001-2004), defronta-se com uma situação singular, pois o município não se integrava a qualquer modalidade de gestão do SUS, mas contava com equipes de saúde da família geridos por organizações sociais parceiras do governo estadual.

Tomou-se como proposta da SMS de São Paulo, nesta gestão, de definir a ESF, juntamente com a municipalização e a distritalização, como eixos estruturantes do SUS no município. Foram consideradas estratégias fundamentais para a implantação do programa:

Abertura de debate político com as lideranças comunitárias; integração à rede de serviços da SMS daquelas unidades de saúde que estavam sob controle do PAS e implantação do PSF nessas unidades; municipalização de 250 unidades de saúde do Estado, visando a transformá-las em unidades de saúde da família; elaboração de proposta de atuação articulada e hierarquizada das unidades de saúde da família com a rede de média e alta complexidade, para garantir a atenção integral à saúde. (BOUSQUAT, COHN, ELIAS, 2006, p.1936)

---

<sup>33</sup> Do ponto de vista da gestão, o PAS tem como principal característica o primado da separação entre financiador e produtor de serviços, (re)formulando a relação público/privado em que ao ente público compete o papel de agente financiador (dada a sua natureza "incompetente" na produção de serviços), enquanto a produção é atribuída ao ente privado (a cooperativa), dada a sua pretensa "maior competência" como agente de produção. Assim, o PAS busca afirmar-se como uma alternativa de gestão na saúde, sobretudo na vertente gerencial e de recursos humanos, ao mesmo tempo em que concorreria para a desregulamentação dos procedimentos da administração pública, sobretudo por contemplar um arranjo operacional que contorna a legislação que a regulamenta, principalmente aquela prevista na Lei das licitações. Em suma, o PAS sintetiza uma modalidade de gestão na qual se outorga aos entes privados a delegação para o gerenciamento dos serviços governamentais de saúde, de prioridade do município (ELIAS, NASCIMENTO, 1999, p.4).

No início da implantação da ESF, priorizava-se os distritos administrativos com maior número de famílias com renda de até cinco salários mínimos e a denominava de "população-alvo". A meta a ser atingida entre 2001-2004 previa a implantação de 1.749 equipes de saúde da família e 875 equipes de saúde bucal. A cobertura prevista aproximava-se de 6 milhões de habitantes, com o que se alcançaria a totalidade da população-alvo (SÃO PAULO, 2001a).

A rede de atenção básica encontra-se desde 2001, sob o comando municipal e atualmente a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) se estrutura administrativamente em cinco Coordenadorias Regionais de Saúde (Leste, Sudeste, Centro-Oeste, Sul e Norte), às quais estão vinculadas 384 unidades de saúde, sendo 173 (45%) com ESF. As diretrizes gerais para o funcionamento dos serviços de atenção básica são estabelecidas no nível central da SMS, pela Coordenadoria Geral de Atenção Básica.

Em fevereiro de 2003, a SMS contava com 572 equipes de saúde da família atendendo a cerca de 2.100.000 paulistanos. Este número de equipes de saúde da família era um pouco inferior à meta prevista, em razão tanto do corte orçamentário de 8% ocorrido na SMS em 2002, quanto da existência de 169 equipes que, por não disporem de médicos, encontravam-se incompletas. A maior parte dessas equipes sem médicos se encontrava na zona periférica sul da cidade, onde há escassez de equipamentos públicos e dificuldade de fixar médicos nos serviços de saúde. (SÃO PAULO, 2001a).

Para a operacionalização da ESF, a SMS utilizou-se, como mecanismo para a contratação dos profissionais, da modalidade "convênio" com instituições privadas, as denominadas organizações parceiras, o que de certa forma representava a continuidade e a expansão da experiência de parcerias iniciada com o QUALIS.

Cada instituição é responsável por diversas atividades, que vão desde a contratação dos recursos humanos das equipes de saúde da família até a complementação salarial de médicos e enfermeiros do quadro de funcionários da SMS vinculados às equipes de saúde da família.

Há atuações distintas das diversas organizações envolvidas; algumas assumem apenas o papel administrativo e de repasse de recursos financeiros das equipes, enquanto outras agregam a este leque atividades de treinamento, coordenação e supervisão direta das equipes de saúde da família.

Atualmente conta-se vinte e quatro Organizações Sociais de Saúde (OSS), conveniadas com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, atendendo 250 estabelecimentos de saúde (FÓRUM POPULAR DE SAÚDE, 11/08/2010).

Com base nos dados de Elias et. al. (2006), verifica-se que as unidades ESF contam com equipes em conformidade com as normas do MS e também obedecem ao preceito da delimitação de área de abrangência com adstrição de clientela. Já as UBS contam em suas equipes com médicos (clínicos, pediatras e ginecologistas-obstetras), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico.

Há também a presença de médicos de diversas especialidades (dentre os quais oftalmologistas, dermatologistas, cardiologistas, pneumologistas), distribuídos irregularmente pelas unidades. A demanda atendida se apresenta como espontânea e/ou encaminhada por outros serviços. Neste caso, não há adstrição de clientela e a delimitação da área de abrangência se refere exclusivamente às ações de vigilância à saúde.

### **3.4.1 A Organização da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo<sup>34</sup>**

A Secretaria Municipal da Saúde, gestora do SUS no Município, é responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visem promover, proteger e recuperar a saúde da população.

Os Órgãos da Administração Direta, da Administração Indireta, Instituições conveniadas e contratadas com o SUS são responsáveis pela implementação das diretrizes formuladas pela SMS, que também têm como atribuição a regulação do subsistema de saúde suplementar. Funcionalmente, integram a estrutura do SUS municipal:

- Conselho Municipal de Saúde;
- Gabinete do Secretário;
- Autarquias Hospitalares;
- Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> As informações contidas no item são oriundas do site da SMS/SP e de entrevista realizada com Assistente Social da Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros.

<sup>35</sup> O termo subprefeitura é decorrente da última reforma administrativa elaborada pela municipalidade, que organizou a cidade em trinta e um conjuntos com essa denominação, de acordo com a Lei 13.399 de 01 de Agosto de 2002. Cada uma das subprefeituras compreende um determinado número de Distritos Administrativos (DA), figura há muito existente e que serve de base para inúmeros atos da vida civil, com destaque para a coleta e análise de dados pelos organismos oficiais, como cartórios, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) (BEDIN, 2006, p.73).

Cabe ao Gabinete do Secretário, em concordância com o Conselho Municipal de Saúde, garantir a unicidade conceitual e política do sistema de saúde no Município. De acordo com a legislação do SUS, o Secretário Municipal de Saúde é o único gestor do sistema de saúde no território municipal. As Autarquias Hospitalares dão apoio administrativo às unidades de urgência/emergência (hospitais, pronto-socorros e pronto-atendimentos). A SMS possui as seguintes coordenações e divisões:

- Secretário Municipal;
- Secretário Adjunto;
- Chefia de Gabinete;
- Assessorias Técnica, Jurídica, de Comunicação e Imprensa e de Participação Popular;
- Coordenação de Finanças e Orçamento;
- Coordenação de Suprimentos;
- Divisão Administrativa;
- Coordenação da Atenção Básica;
- Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde;
- Coordenação de Apoio ao Desenvolvimento da Gerência Hospitalar;
- Coordenação de Integração e Regulação do Sistema;
- Coordenação de Vigilância em Saúde;
- Coordenação de Recursos Humanos;
- Coordenação de Epidemiologia e Informação;
- Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva;
- Hospital Municipal José Storopoli.

A gestão do SUS, que é um sistema nacional, em uma mega cidade como São Paulo, requer mecanismos para garantir a unicidade das diretrizes estabelecidas pela SMS. Para tanto foram instituídos órgãos colegiados, quais sejam:

**Comitê de Gestão:** com reuniões semanais, presididas pelo Secretário Municipal, com a participação dos coordenadores do Gabinete e dos responsáveis pelos Projetos Prioritários da SMS.

**Colegiado de Gestores:** com reuniões mensais, presididas pelo Secretário Municipal, com a participação dos Coordenadores de Saúde das Subprefeituras, Superintendentes das Autarquias, Dirigentes dos Hospitais Municipais e dos responsáveis pelos Órgãos do Gabinete

do Secretário. É composto por 50% de representantes da população, 25% de trabalhadores de saúde e 25% do setor governamental.

Colegiado dos Coordenadores de Saúde das Subprefeituras: com reuniões mensais, presididas pelo Secretário Adjunto.

**Comissão Intergestores Regional (CIR):** com reuniões mensais, de composição bipartite, com representantes da Secretaria Municipal e Secretaria Estadual da Saúde.

**Comissões Regionais:** com reuniões bi-mensais, com a participação de gestores municipais, estaduais e prestadores de serviços públicos e privados.

As Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras são gestoras do SUS em suas áreas de abrangência, por delegação da Secretaria Municipal da Saúde (Decreto nº 45.037/2004).

A seguir segue a relação das Coordenadorias Regionais de Saúde da cidade de São Paulo com as respectivas Supervisões Técnicas de Saúde da área de abrangência.

Quadro 2 - Coordenadorias Regionais de Saúde da Cidade de São Paulo – Sudeste e Leste

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUDESTE	COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE LESTE
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Supervisão Técnica de Saúde Ipiranga;</li> <li>➤ Supervisão Técnica de Saúde Mooca/Aricanduva/Formosa/Carrão;</li> <li>➤ Supervisão Técnica de Saúde Penha;</li> <li>➤ Supervisão Técnica de Saúde Vila Mariana/Jabaquara;</li> <li>➤ Supervisão Técnica de Saúde Vila Prudente/Sapopemba;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Supervisão Técnica de Saúde Cidade Tiradentes;</li> <li>➤ Supervisão Técnica de Saúde Ermelino Matarazzo/São Miguel;</li> <li>➤ Supervisão Técnica de Saúde Guaianases;</li> <li>➤ Supervisão Técnica de Saúde Itaim Paulista;</li> <li>➤ Supervisão Técnica de Saúde Itaquera;</li> <li>➤ Supervisão Técnica de Saúde São Mateus;</li> </ul>

Fonte: SÃO PAULO, 2009.

Quadro 3 - Coordenadorias Regionais de Saúde da Cidade de São Paulo – Norte e Sul

<b>COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE NORTE</b>	<b>COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUL</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Supervisão Técnica de Saúde Casa Verde/Cachoeirinha;</li> <li>➤ Supervisão Técnica de Saúde Freguesia/Brasilândia;</li> <li>➤ Supervisão Técnica de Saúde Pirituba/Perus;</li> <li>➤ Supervisão Técnica de Saúde Santana/Tucuruvi/Jaçanã/Tremembé;</li> <li>➤ Supervisão Técnica de Saúde Vila Maria/Vila Guilherme;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Supervisão Técnica de Saúde Campo Limpo;</li> <li>➤ Supervisão Técnica de Saúde Capela do Socorro;</li> <li>➤ Supervisão Técnica de Saúde M'Boi Mirim;</li> <li>➤ Supervisão Técnica de Saúde Parelheiros;</li> <li>➤ Supervisão Técnica de Saúde Santo Amaro/Cidade Ademar;</li> </ul>

Fonte: SÃO PAULO, 2009.

Quadro 4 - Coordenadorias Regionais de Saúde da Cidade de São Paulo – Centro-Oeste

**COORDENADORIA REGIONAL DE  
SAÚDE CENTRO-OESTE**

- Supervisão Técnica de Saúde Butantã;
- Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros;
- Supervisão Técnica de Saúde Sé.

Fonte: SÃO PAULO, 2009.



A seguir, um mapa que ilustra a distribuição do município de São Paulo através de suas Coordenadoria Regionais de Saúde:

**COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE POR SUBPREFEITURA E DISTRITO ADMINISTRATIVO - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**



### 3.4.2 Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros

A Coordenadoria Regional Centro-Oeste abrange as regiões do Butantã, Sé, Lapa e Pinheiros. Nesta Coordenadoria temos 3 Supervisões Técnicas de Saúde: Lapa/Pinheiros, Butantã e Sé.

Os serviços de saúde que estão vinculados à STS Lapa/Pinheiros abrangem duas subprefeituras: Lapa e Pinheiros. Far-se-á um destaque maior à subprefeitura da Lapa, pois as equipes de saúde pesquisadas estão inseridas na referida subprefeitura, no Distrito Administrativo (DA) Jaguará. Inicialmente, destacam-se os dados demográficos de cada subprefeitura:

Tabela 1 - Dados Demográficos das Subprefeituras da Lapa e Pinheiros

Subprefeitura	Distritos	Área (km <sup>2</sup> )	População (1996)	População (2000)	População (2008)	Densidade Demográfica (Hab/km <sup>2</sup> )
	Barra Funda	5.89	14,270	12,992	10,663	1,808.85
	Jaguara	4.55	27,543	25,753	23,487	5,163.85
	Jaguaré	6.57	43,422	42,503	41,888	6,372.57
<b>Lapa</b>	Lapa	10.28	64,701	60,281	53,529	5,205.24
	Perdizes	6.31	105,534	102,521	99,422	15,746.70
	Vila Leopoldina	6.97	26,911	26,874	26,196	3,757.24
	<b>TOTAL</b>	<b>40.57</b>	<b>282,381</b>	<b>270,924</b>	<b>255,185</b>	<b>6.342,41</b>

CONTINUA

<b>Subprefeitura</b>	<b>Distritos</b>	<b>Área (km<sup>2</sup>)</b>	<b>População (1996)</b>	<b>População (2000)</b>	<b>População (2008)</b>	<b>Densidade Demográfica (Hab/km<sup>2</sup>)</b>
	Alto de Pinheiros	7.52	47,130	44,513	40,637	5,403.32
	Itaim Bibi	10.02	92,498	81,680	68,863	6,869.59
<b>Pinheiros</b>	Jardim Paulista	6.25	92,145	83,844	70,506	11,273.77
	Pinheiros	8.27	69,775	63,138	53,557	6,476.98
	<b>TOTAL</b>	<b>32.06</b>	<b>301,548</b>	<b>273,175</b>	<b>233,563</b>	<b>7.505,89</b>

Fonte: IBGE, 2010.

A pesquisa se restringiu à área de abrangência da Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros e que possui a seguinte rede de atendimento:

Quadro 5 - Rede de Atendimento da Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros

<b>Ambulatório de Especialidades</b>	<b>Assistência Médica</b>	
	<b>Ambulatorial</b>	<b>Centro de Convivência e Cooperativa</b>
➤ AE Dr. Fernando Ramires Cruz	➤ AMA VILA NOVA JAGUARE ➤ AMA VILA PIAUI	➤ CECCO EDUARDO LEITE BACURI

CONTINUA

---

**Unidades Básicas de Saúde**

➤ UBS ALTO DE PINHEIROS

➤ UBS DR. JOSÉ DE  
BARROS MAGALDI

➤ UBS JARDIM VERA CRUZ  
- PERDIZES

**UBS/ESF**

➤ UBS MENINÓPOLIS - DR.  
MARIO FRANCISCO  
NAPOLITANO

➤ UBS DR. MANOEL  
JOAQUIM PERA

**Serviço de Atendimento  
Especializado em DST/AIDS**

➤ UBS VILA ANASTÁCIO

➤ UBS PARQUE DA LAPA

➤ SAE DST/AIDS LAPA -  
PAULO CÉSAR BONFIM

➤ UBS VILA ANGLO - DR.  
JOSÉ SERRA RIBEIRO

➤ UBS VILA JAGUARA

➤ UBS VILA PIAUI

➤ UBS VILA IPOJUCA -  
DRA. WANDA COELHO DE  
MORAES

➤ UBS VILA NOVA  
JAGUARE

➤ UBS VILA ROMANA

---

**CAPS Adulto**

**CAPS Infantil**

**Centro de Atenção  
Psicossocial álcool e drogas -  
CAPS ad**

➤ CAPS ADULTO ITAIM BIBI

➤ CAPS ADULTO LAPA

➤ CAPS Infantil Lapa

➤ CAPS ADULTO PERDIZES -  
MANOEL MUNHOZ

➤ CAPS ad PINHEIROS

➤ CAPS ad PROSAM

<b>Centro de Especialidades Odontológicas</b>	<b>Unidade de Referência à Saúde do Idoso</b>	<b>Centro de Referência Saúde do Trabalhador</b>
➤ CEO LAPA	➤ URSI LAPA ➤ URSI PINHEIROS	➤ CRST LAPA
<b>Núcleo Integrado de Saúde Auditiva</b>	<b>Pronto Socorro Municipal</b>	<b>Núcleo Integrado de Reabilitação</b>
➤ NISA DR. FERNANDO RAMIRES CRUZ	➤ PSM LAPA - PROF. JOÃO CATARIN MEZOMO	➤ NIR DR. FERNANDO RAMIRES CRUZ
<b>Laboratório Municipal Lapa</b>		

Fonte: SÃO PAULO, 2009

Na área de abrangência da STS Lapa/Pinheiros, há dois CRAS (1 Lapa e 1 Pinheiros); dois Conselhos Tutelares (1 Lapa e 1 Pinheiros); Fórum de Justiça (1 Lapa e 1 Pinheiros). No Anexo 02 encontra-se o mapa da distribuição de alguns serviços da STS Lapa/Pinheiros por distrito administrativo.

Na mesma STS Lapa/Pinheiros, há duas AMAs (Assistência Médica Ambulatorial) e nenhum AME (Assistência Médica de Especialidades), quando necessitam encaminhar alguma situação para ao AME o fazem para a Sé. Os programas que são desenvolvidos nas unidades de saúde e na rede de serviços de saúde em geral são:

Remédios em Casa (hipertensos e diabéticos), Oxigenioterapia domiciliar, Mãe Paulistana, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Idoso – PAE, Saúde Mental (infantil e adulto), álcool e drogas, Kit Insulina (diabéticos), DST/AIDS – Redução de Danos, Rede Paz – questões de violência, PSF, NASF, CEINFO – Centro de Informação em Saúde e o POP Rua – extensão do PSF para a população de rua. (Entrevista AS da STSLP, 2010)

A contratação e gestão dos Recursos Humanos dos profissionais da ESF e do NASF da STS Lapa/Pinheiros estão sob coordenação da Fundação Faculdade de Medicina – FMM<sup>36</sup>.

<sup>36</sup> A Fundação Faculdade de Medicina (FFM) é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, de utilidade pública federal, estadual e municipal, reconhecida por seu caráter social e filantrópico. Foi criada em 1986, pela

A partir do projeto de Lei nº 318 03 de janeiro de 2005, aprovada pela Câmara de Vereadores do município de São Paulo, permite que unidades de saúde sejam geridas por OSS – entidades sem fins lucrativos desde que comprovem experiência mínima de cinco anos no setor.

Esta parceria permite contratar pessoal e serviços, usar e permutar bens públicos do município sem a necessidade de qualquer processo de licitação. Como parte do contrato, há a autonomia da entidade em contratar funcionários sem a necessidade de concurso público e a possibilidade de compra de materiais, por exemplo, sem que seja preciso licitação.

### 3.5 UBS VILA JAGUARA E VILA PIAUÍ

Como destacado anteriormente, é no âmbito da STS Lapa/Pinheiros que se encontram as unidades da ESF. O foco do estudo se centrou nas unidades Vila Jaguará e Vila Piauí, localizados na área de abrangência da subprefeitura da Lapa, no DA Jaguará.

#### 3.5.1 Subprefeitura Lapa<sup>37</sup>

De origem latina, o nome Lapa significa “cavidade, cova, gruta”. A sua origem data de 1581 e seu desenvolvimento ocorreu por volta de 1867, quando foi inaugurada a estrada de ferro Santos-Jundiaí, que instalou a estação de Água Branca, na Lapa.

Em 1880, inicia-se o loteamento das terras e a consequente urbanização, passando a atrair grandes contingentes de imigrantes europeus, em especial italianos, que criaram a Vila Romana, um dos bairros mais tradicionais do DA Lapa.

---

Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), para atuar na promoção do desenvolvimento das ciências médicas nas áreas de ensino, pesquisa e assistência à saúde e apoiar as atividades da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e do Hospital das Clínicas da FMUSP (HCFMUSP). Qualificada como OSS, mantém convênio com a Secretaria de Estado da Saúde para administrar o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Assim, contratada como responsável pelo gerenciamento e execução dos serviços desenvolvidos no Instituto, atua: na contratação de funcionários para o hospital; nos processos de prestação de serviço; na aquisição de equipamentos e insumos e no acompanhamento e execução financeira destes recursos. Além do Hospital, no ano de 2009, a FMM tem o contrato de gestão em saúde da região oeste da cidade – Butantã e Lapa. Cf.: INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO OCTAVIO FRIAS DE OLIVEIRA. Disponível em: <[www.icesp.org.br](http://www.icesp.org.br)>. Acesso em: 01 de julho de 2010.

<sup>37</sup> Grande parte do material obtido sobre a subprefeitura Lapa encontra-se em Bedin (2006).

Em 1896, operários franceses e italianos chegaram para trabalhar na Vidraria Santa Marina, a mais tradicional fábrica de vidros do Brasil; em 1919, o Frigorífico Armour traz um grande número de imigrantes do Leste Europeu. Esse aglomerado de imigrantes, previamente politizados em seus países de origem, transformou a Lapa, no início do século XX, em um bairro operário em que o sindicalismo encontrou um fértil terreno.

A subprefeitura Lapa é constituída por seis DA: Barra Funda, Jaguará, Jaguaré, Lapa, Perdizes e Vila Leopoldina. Seu território, de 40,1 km<sup>2</sup>, fica na região oeste do município, fazendo divisa com o município de Osasco. É cortada pelos dois grandes rios da cidade, o Pinheiros e o Tietê, com suas respectivas avenidas marginais. Três importantes rodovias do Estado têm acesso pelo seu território: Rodovia Presidente Castelo Branco, Rodovia dos Bandeirantes e Rodovia Anhanguera.

A referida subprefeitura conta com uma estação de metrô, no DA Barra Funda, que é terminal de uma de suas linhas (ligação leste-oeste), acoplado a um terminal rodoviário e a uma estação da rede ferroviária. Seu território ainda é cortado por mais um ramal ferroviário, que faz ligação da região sul do município com a região metropolitana oeste.

O comércio da Lapa foi-se desenvolvendo a partir da chegada do bonde na rua Guaicurus, onde foi instalado o Tendal da Lapa. O centro do DA passou a receber grande fluxo de pessoas vindas de outras regiões, principalmente dos bairros ao norte (Pirituba, Freguesia do Ó), bem como de cidades da região metropolitana oeste (Osasco, Jandira, Barueri, Itapevi) e da norte (Franco da Rocha, Francisco Morato), dada a facilidade de acesso por ônibus e trem, impulsionando o desenvolvimento do forte comércio de cunho popular, transformando a Lapa em um polo de atração metropolitano.

Na área de abrangência da subprefeitura, encontram-se alguns polos turísticos, esportivos e culturais que são: Memorial da América Latina, o Play Center, o Estádio da Sociedade Esportiva Palmeiras, o Parque da Água Branca, uma unidade do Serviço Social do Comércio: SESC Pompéia, Teatro da Universidade Católica de São Paulo (TUCA), a Estação Ciência, a Companhia de Entrepostos e Armazéns Gerais de São Paulo (CEAGESP), maior central de abastecimento de produtos alimentícios do país.

Algumas instituições de ensino superior instalaram campi no território da subprefeitura Lapa como a: Universidade Paulista (UNIP), Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Centro Universitário São Camilo, Faculdades Rio Branco, Universidade de Mogi das Cruzes (UMC), além da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC).

Em relação a equipamentos destinados à atenção à saúde da população, um hospital foi implantado pela Associação de Ferroviários (Hospital Sorocabana), tornando-se um marco

tradicional da saúde no bairro. Próximo a ele, o Estado implantou um de seus maiores Centros de Saúde, situado na Rua Roma, passando também a ser uma referência em atenção básica para todos que demandavam o centro da Lapa. Ambos, apesar de inúmeras transformações que os descaracterizaram, continuam prestando atenção à saúde a muitos usuários do SUS.

A subprefeitura Lapa é uma boa amostra da cidade de São Paulo, pois nela há distritos com grandes carências, como Jaguaré, onde se encontra uma das maiores favelas de São Paulo, com aproximadamente 12.000 moradores.

Há também distritos com alto grau de diversidade socioeconômica dentro de seus próprios limites, como Vila Leopoldina, que passa por uma intensa expansão imobiliária verticalizada, mas que continua abrigando inúmeras pessoas em condições precárias, principalmente nas áreas fronteiriças ao CEAGESP.

Tal diversidade da subprefeitura Lapa é confirmada pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de seus seis distritos: Barra Funda (0,575), Jaguará (0,523), Jaguaré (0,573), Lapa (0,661), Perdizes (0,762) e Vila Leopoldina (0,542). Outro indicador que revela essa diversidade de forma até mais expressiva é o coeficiente de mortalidade infantil do ano de 2004: Perdizes (3,5) e Jaguará (16,3).

### **3.5.2 Distrito Administrativo Jaguará<sup>38</sup>**

O Distrito Administrativo (DA) Jaguará está situado ao noroeste da subprefeitura da Lapa, fazendo divisa com o município de Osasco, próximo à confluência dos rios Tietê e Pinheiros, na margem direita do primeiro. Também possui parte de suas terras na antiga várzea do Rio Tietê.

Um dos seus limites é o próprio Rio Tietê, com sua Avenida Marginal, formando um ângulo quase reto com a Rodovia Anhanguera. Suas demais fronteiras se dão com o município de Osasco, ficando o DA Jaguará como uma espécie de enclave, mantendo com aquele município um íntimo relacionamento, pois apenas uma rua serve como limite entre ambos.

Parte de seu território é ocupada por uma colina no centro em que está situado o Parque dos Remédios, conhecido pela população local como “Matão”, por se tratar de um

---

<sup>38</sup> Grande parte do material obtido sobre o Distrito Administrativo (DA) Jaguará encontra-se em Bedin (2006).



remanescente da Mata Atlântica. No alto de sua colina, fica o reservatório de água da SABESP, responsável pelo bombeamento de água para os reservatórios de Osasco, Carapicuíba e Barueri que são municípios vizinhos.

No que se refere aos transportes, o DA Jaguará é servido por ônibus municipais e intermunicipais. Por sua proximidade seus moradores mantêm vínculos fortes com Osasco e com o bairro Pirituba, pertencente ao município de São Paulo.

No DA Jaguará instalaram-se algumas importantes empresas, em especial de transporte de carga (Mercúrio e a Expresso Araçatuba) e de transportes urbano (Santa Brígida), merecendo destaque entre as demais a Unilever, multinacional de renome no mercado de produtos de higiene pessoal. Destaque também para a empresa Danone, Refinações de Milho Brasil e Razzo, empresa no ramo químico, farmacêutico e cosmético.

Em relação a suas características socioeconômicas, apresenta em sua maioria, moradores pertencem à classe média, não existindo bolsões importantes de classes alta e baixa. A verticalização residencial é incipiente, não havendo indícios de que esteja em vias de expansão. São poucos os moradores que vivem em área irregular e comunidades carentes, com destaque para o núcleo de favela conhecido como “Favela do Razzo”, por ficar próxima a uma empresa com este nome.

Existem dois polos nítidos no interior do distrito, um deles representado pela vila que lhe dá o nome, Vila Jaguará, e outro, pela Vila Piauí, no extremo noroeste. O segundo polo tem parte do território em um vale formado pelo Ribeirão Vermelho, vindo do município de Osasco, responsável por reincidentes enchentes que causam significativos prejuízos à população.

Sua população, estimada pela Fundação SEADE (2010) para o ano de 2010 é de 24.114 habitantes. Na faixa etária entre 0 e 15 anos de idade, encontram-se 19,77% da população, enquanto com 60 anos de idade e mais encontram-se 17,46%.

Este DA conta com duas UBS (UBS Vila Jaguará e UBS Vila Piauí). A primeira é uma unidade municipal, que implantou a ESF em 2001, com três equipes. Atualmente possui quatro equipes, cobrindo 100% de sua área de abrangência.

A UBS/ESF Vila Piauí era uma unidade estadual que foi municipalizada, tendo implantado a ESF em 2003. Continuou por longo tempo como uma unidade mista, com a ESF convivendo com o modelo tradicional de UBS, até que no final de 2005, passou a ter 100% de seu território coberto pela ESF. Atualmente conta com quatro equipes da ESF. A Unidade de saúde fica a duas ruas do município de Osasco e alguns atendimentos se estendem até o local.

No espaço de atendimento da Vila Piauú não se encontra somente o atendimento das ESF, mas junto à mesma estrutura física tem-se o AMA<sup>39</sup>, que possui outra lógica de atendimento da ESF.

As AMAs têm como objetivo ampliar o acesso de pacientes que necessitam de atendimento imediato, racionalizar, organizar e estabelecer o fluxo de pacientes para as UBS, ambulatórios de especialidades e hospitais. Sua função é propiciar o atendimento não agendado de pacientes portadores de patologias de baixa e média complexidade nas áreas de clínica médica, pediatria e cirurgia geral ou ginecologia (SÃO PAULO, s/d).

Uma característica que une as duas unidades de saúde é a caracterização da população atendida pelas equipes de saúde da família. Na pesquisa e na fala dos profissionais, todos afirmam que a grande demanda de atendimento na unidade são os idosos, seja pelas necessidades de saúde, por abandono e/ou conflitos familiares, revelando um foco de atendimento específico de muitas equipes e colocando aos mesmos diversos desafios que serão tratados posteriormente na análise dos dados.

Para finalizar, todo pesquisador sabe que a pesquisa não é um processo linear, que é permeado de dificuldades, tropeços, surpresas, sejam elas positivas ou negativas, mas por outro lado, o novo se mostra, o velho também se fortalece e é assim que o processo investigatório se concretiza para o pesquisador.

Teve-se alguns tropeços ao se alongar para o final da tese a coleta de dados o que poderia ter dado outro tempo para a permanência junto as equipes, possibilitando vivenciar mais profundamente este cotidiano das práticas profissionais na ESF.

Não foi possível realizar VD com os ACS em seu cotidiano de trabalho, ou mesmo com as enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Em uma oportunidade houve uma VD com o médico, enfermeira e Assistente Social.

---

<sup>39</sup> Estas unidades estão sendo implantadas e acopladas nas unidades básicas de saúde, que apresentam condições de adaptação do espaço físico necessário para a AMA: 4 consultórios, sala de emergência, salas de observação (1 para adulto, 1 para crianças), sala de RX, sala de espera, sala de apoio. A AMA funciona de 2ª a sábado, das 7h às 19h, com uma equipe composta por 2 médicos clínicos, 2 médicos pediatras e 1 médico cirurgião geral ou ginecologista, além de 2 enfermeiros, 4 auxiliares de enfermagem por turno, 4 agentes administrativos e 3 técnicos de RX. A gestão das AMAs está sendo compartilhada entre SMS e parceiros públicos ou privados. Os recursos humanos, adequação física, aquisição de equipamentos e mobiliários são responsabilidade dos parceiros, por meio de assinatura de convênio, com metas pré-estabelecidas. Os insumos serão de responsabilidade de SMS. As características de cada AMA podem admitir alterações, de acordo com as necessidades locais, podendo funcionar 24 horas, ou ter outra configuração na equipe médica. A produção das AMAs está em torno de 200/300 atendimentos/dia (SÃO PAULO, s/d).

A partir desta contextualização inicial do campo de pesquisa e dos procedimentos metodológicos adotados, parte-se para a análise dos dados, dando destaque sobre os processos de trabalho dos profissionais da ESF e NASF com, posterior identificação do trabalho com o social, a partir das demandas sociais que chegam até as equipes.

## CAPÍTULO IV - O PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ESF E NASF

### 4.1 O QUE É O SOCIAL PARA VOCÊ?<sup>40</sup>

O que é o social para você? [...] o silêncio paira, a interrogação se faz evidente na face dos sujeitos de pesquisa, repete-se a pergunta. E de fato, quando se para para pensar e refletir sobre o social, vem a constatação de que muito se fala nele, mas pouco se pensa no social como uma categoria de análise.

Social..., porque tudo é social. Por ser um termo amplo há uma dificuldade de se chegar a um conceito. Conceituar o social conduz a pensar que ele é algo constitutivo da própria sociedade que perpassa as relações sociais estabelecidas na sociedade, pois é através das relações que o ele é efetivado e construído. Antes de se aprofundar a questão do social, apresentamos alguns conceitos evidenciados pelos profissionais de saúde:

Difícil... o que é o social? A relação do indivíduo com a sociedade, a relação do indivíduo com as pessoas, a relação entre as pessoas, o coletivo, como lidar com o coletivo, o individual com o coletivo, acho que é isso. (Médica 01, 2010)

O social pra mim é bastante amplo no sentido de que abarca a sociedade como toda comunidade onde nós vivemos. (Enfermeira 03, 2010)

A gente nunca pensa assim... o social é a vida, é a nossa convivência, é o nosso estar no mundo, então tudo é social. Se a gente for ver, nós vivemos em uma grande comunidade que tem as suas separações, as suas interrelações e temos as relações com o trabalho, que é social, nossa! A relação com a religião que é o social! O social é a nossa vida onde nós estamos todos inseridos, e é aí que eu acho que a gente vai construindo também esse social, porque a sociedade está aí mas você é que tem a responsabilidade de estar se inserindo nisso e ir fazendo a tua vida de uma forma organizada, sei lá, legal, alegre, ou dentro dessa reclamação ou dentro dessa patologia de que “tudo falta, tudo falta”, que acho que o “perfeito” não existe nesse social, que muitas vezes as pessoas acham que existe, então vamos viver em sociedade, felizes, harmônicos - não existe isso. Se a gente pensa que a vida é esse movimento, então, a vida vai estar sempre nos cobrando, nos trazendo situações difíceis dentro desse social que temos que estar lidando,

---

<sup>40</sup> A discussão do social, destacado neste item, tem como base o material produzido na dissertação de mestrado (WIESE, 2003).

enfrentando, administrando e repensando e recriando e, então, eu acho que esse social para mim, a minha forma, é tudo isso. (Assistente Social NASF, 2010)

Grupos de pessoas, parcerias, comunidades, mas também é como essas pessoas se relacionam, como elas vivem e como elas conseguem estar juntas. (Psicóloga NASF, 2010)

O social é trabalhado, é algo construído socialmente e que também está o tempo todo lá, presente, vivo. [...] Acho que isso é o social, sair dessa lógica individual, orgânica, que às vezes a gente insiste. (Psicólogo NASF, 2010)

É interessante notar como cada profissional vai compondo uma perspectiva para o social, trazendo sua visão de mundo e quando se percebe, ao aliar as várias visões para este social, pode-se partir para um conceito mais amplo.

No estudo realizado por Wiese (2003), muitos tomam o social a partir de tipificações e exemplificações do cotidiano, geralmente denominando de problemas sociais e de difícil solução ou relacionando como um campo específico do Serviço Social. Mas há os que entendem que o social é de todos e está presente em tudo, portanto, não passível de ser propriedade de uma profissão e ou profissional. E assim vai se configurando o que é o social para os profissionais da ESF e NASF.

A parte social me faz pensar um pouco na vida financeira, como é a casa, as condições de moradia, alimentação, transporte dessa família, se ela tem condições de se locomover, às vezes tem um paciente que depende de cadeira de rodas, eu penso que essa parte social seria isso. De você ver não só a doença, mas o meio de sobrevivência da pessoa. (Aux. de Enfermagem 04, 2010)

O social é uma questão consensual e validado por todos, independente das posições e orientações filosóficas e político-ideológicas. Pode ser conceituado como uma preocupação de tradição histórica, em vários campos do conhecimento e particularmente nas ciências sociais. Nos últimos anos, o tema ressurje com expressão no debate entre acadêmicos e personalidades de distintos setores sociais, ou ponto central na agenda de governantes e tomadores de decisões.

A realidade tem mostrado que o social pode assumir várias configurações, dependendo com que objetivos e metas é pensado e efetivado. O social pode adquirir caráter de justiça, igualdade e universalidade. O social pode ser identificado como desenvolvimento social, políticas sociais, economia solidária e resgate das dívidas sociais. Muitas vezes, o uso do social tem a conotação de recursos destinados nos orçamentos sociais de governos e

empresas, setores sociais atendidos pelas igrejas e por fundações e “órgãos específicos que têm por natureza atribuições nas chamadas áreas sociais, tais como conselhos de assistência social e conselhos tutelares; indivíduos – os denominados excluídos sociais” (WANDERLEY, 2000, p.171). Esta questão fica evidente na fala de alguns ACS:

ACS 1: Social é tudo, é a comunidade, é a população [...] o social é você trazer melhorias para a população.

ACS 2: É educação

ACS 3: É bem estar. Melhorias em trabalho, em vagas na creche, educação, tudo isso. (Grupo ACS 02, 2010)

Na discussão do social, o que mais tem se destacado, é uma fratura, uma ruptura de seu conceito e entendimento que remete a algumas considerações. O social, embora adquira vários conceitos e perspectivas, o que tem se evidenciado é a sua visão limitada e desvinculada da sociedade. Está também relacionado com a carência, pobreza, miséria, ineficiência, ao econômico apenas, enfim vários conceitos que o limitam em sua dimensão, não só conceitual como na prática.

Historicamente, o conceito do social é identificado de forma restrita, tendo no econômico o seu contrário, representando o eficiente, o enfoque a ser dado na solução para uma sociedade forte. Esta concepção remete ao entendimento de que o social está desvinculado da sociedade, pois não é eficiente, vinculando-se à ideia da carência.

Ribeiro (2000) explicita que o social e a sociedade são duas categorias que se encontram atualmente separadas uma da outra e destaca que nestes últimos anos, no discurso dos governantes e dos economistas, a sociedade veio designar o “conjunto dos que detêm o poder econômico, ao passo que o social remete, na fala dos mesmos governantes ou dos publicistas, a uma política que procura minorar a miséria”. Assim, a sociedade é ativa: ela manda, sabe o que quer – e quer funcionar por si mesma, sem tutela do Estado (p.19).

Para o mesmo autor, o social, na realidade brasileira está diretamente associado à pobreza e à miséria. Relaciona-se com a carência e a caridade, evidenciando um conceito restrito do que seja o social. Identifica-se que a cisão entre social e sociedade é evidente sob esta perspectiva, pois a sociedade corresponde aos interesses de mercado e o social aos relativos à pobreza. Sob esta perspectiva, “a economia é séria e moderna; o social, perdulário e arcaico [...]. O problema, porém, é que entre a sociedade e o social se trava uma luta sem tréguas, por que não, de classes” (RIBEIRO, 2000, p.21).

Esta ideia dicotômica entre social e sociedade é evidente, pois é como se ambos não se referissem aos mesmos meios sociais, as mesmas pessoas, à mesma integração no processo

produtivo, no acesso aos bens, mercado e ao mundo dos direitos. O social se refere ao carente; a sociedade ao eficiente. Por isso, a distância entre os dois se mostra intransponível. Simplesmente, não é possível ao objeto da ação social tornar-se membro integrante e eficaz da sociedade. “A razão disso é que a diferença entre o social e a sociedade não é somente de perspectiva ou atitude: o social é aquilo que não pode tornar-se sociedade” (RIBEIRO, 2000, p.21-22).

Esta visão restrita do social tem se mostrado expressivamente nos marcos do Estado Ajustador que ao longo dos anos vem insistindo em configurar como intervenção no social sob a ótica da política macroeconômica de estabilização.

Então o que se presencia é a desgastada concepção do social subordinado ao econômico, do “social decorrente”. Logo, o governo não reconhece o social como campo estratégico de ação do Estado que tem uma “racionalidade própria a exigir uma atuação em nível direto, no âmbito de uma política de desenvolvimento social que trabalhe, efetivamente, a questão social como ação estratégica do Estado” (CARVALHO, 2002a, p.57).

Destaca-se que sob esta perspectiva, a própria noção de políticas sociais se torna restrita, por entender que estas só visam aos objetivos de atuar sobre as carências e não entendê-las como processo de emancipação humana e construção de uma sociedade justa e de direito.

Diante desta perspectiva, o social está implicado na discussão das políticas sociais, no sentido em que estas políticas são entendidas como mecanismo para minorar mesmo que ineficientemente a pobreza, miséria, carência e o ineficiente. A sociedade, porém, relacionado ao mercado, é significado do eficiente. Este pensamento dicotomizante entre a sociedade e o social vem tendo uma expressão cada vez mais acentuada pelo discurso e implementação das bases neoliberais no cenário brasileiro.

Seguindo a discussão, acerca da concepção restrita sobre o social, Wanderley (2000) traz indicações e destaca as diversas configurações que o social pode adquirir sob esta ótica. A tendência é recair na existência de três perspectivas para a conceituação do social que são:

- Ênfase no econômico e o social seu efeito: diante desta perspectiva o que ganha evidência e importância é o investimento, aumento de empresas, geração de mais empregos, maior renda, salários. Neste sentido, se o econômico vai bem, conseqüentemente o social também vai. O social é uma consequência direta do econômico, se torna a sombra do econômico, principalmente nos circuitos do ajuste da nova ordem do capital.

Constata-se que a relação econômica e social não é assim tão simplista. A realidade conjuntural evidencia que as relações estabelecidas são muito mais complexas e um dos grandes limites nesta perspectiva é a supervalorização da produção de bens e materiais sem cuidar da vida humana em sua totalidade.

- O social como sendo uma parte do todo da sociedade, ou seja, mantém um caráter setorial: conceito de base positivista que traz a ideia de que as partes devem compor o todo, então a sociedade é formada pelos seus aspectos políticos, econômicos, cultural e social. Traduz-se em setores específicos da realidade, num dado contexto social, como: saúde, educação, assistência social, habitação, entre outros. Esta perspectiva acaba se vinculando à primeira porque também está atrelada a questões econômicas. Se a economia vai bem os outros setores da sociedade também vão. Se uma parte do todo não estiver bem o restante também não está.
- Social entendido como questões de pobreza e desigualdades sociais, que não podem ser resolvidas, não dependem dos governos, pois levam muito tempo para a sua solução: tem em seu discurso a grande dificuldade da resolução das questões que envolvem a pobreza e as desigualdades sociais.

Sob esta ótica, estas problemáticas são históricas, por isso de difícil resolução. A saída para a problemática está construída no equacionamento e resolução dos problemas econômicos, financeiros e políticos. Caracteriza-se pela adoção de políticas compensatórias como as cestas básicas, leite, remédios, ticket alimentação, entre outros. Na entrevista coletiva realizada com o grupo de ACS 03, esta questão aparece da seguinte maneira:

ACS 1: o social é a falta de emprego, é falta de lazer, você chega em uma casa e a pessoa está desempregada [...] nós pegamos uma área, é uma área mais nobre onde tem pessoas de poder aquisitivo maior, mas pessoas que construíam casas enormes e tinham um bom emprego e de repente perderam esse emprego, então houve uma queda muito grande do poder aquisitivo, então tem a questão de pessoas que ficaram deprimidas, então precisavam de mais acompanhamento, sentimento. Eu na minha área eu tenho algumas pessoas que tem problemas mesmo de não ter o que comer.

ACS 2: É, graças a Deus agora que estou trabalhando já está mais calmo [**refere-se à sua própria situação de desemprego antes de estar trabalhando como ACS**].

ACS 3: O problema maior é desemprego, o que falta também são lugares para ter curso, lazer, se a pessoa tiver uma capacitação, um curso, tiver onde começar, esse negócio de desemprego vai baixar.

ACS 2: Porque aqui a gente não tem nada, nem curso técnico, o pessoal fala “Ah, lá na Lapa tem, na Vila Leopoldina” mas a pessoa já está desempregada ela não tem dinheiro para condução, para nada disso. (Grupo ACS 03, 2010)



Diante destas considerações, a atitude governamental, vinculada ao social está fundada no campo da carência, da “caridade solidária, da solidariedade, da não política. Nesta perspectiva, assume, então, um novo paradigma para os mais carentes, transferindo responsabilidades de atuação social para uma teórica comunidade” (CARVALHO, 2002a, p.58).

Na prática e realidade vivenciadas no campo político, econômico, social, governamental ou não, as três perspectivas estão vinculadas uma a outra, na construção das relações na sociedade. Assim, se por um lado o social é atribuído à ideia de carência, por outro lado, o social pode ser construído na perspectiva do direito, ultrapassando, dessa forma, as visões focalistas típicas da ideia de carência.

A discussão do social na perspectiva do direito<sup>41</sup>, atualmente vem ganhando um novo olhar sobre a própria noção de direitos, incluindo principalmente os sociais. Primeiramente o direito era entendido numa perspectiva formalista, a-histórica, para se firmar em bases mais concretas entendidas nas condições reais de existência, “que se situa como uma instância de lutas coletivas, tendo como palavra de ordem, o direito a ter direitos” (NOGUEIRA, 2002, p.73).

A partir desta postura, o direito não é a-histórico, mas produto do desenvolvimento histórico da sociedade, marcado pelas desigualdades e contradições entre os continentes, países e no interior de cada país, em seus aspectos regionais e locais, ou seja, reflexo das inter-relações dos problemas entre direito e sociedade. Esta questão é primordial para o entendimento do social sob a perspectiva do direito.

Partindo-se da compreensão de que a constituição do direito é resultado do desenvolvimento histórico e social, esta se relaciona também com a noção de que o direito se configura e está vinculado a ideias de valores, evidenciando que a própria sociedade se modifica e constrói novas relações, concepções e valores, “portanto está sempre recriando o mundo social privilegiando alguns valores e interesses e excluindo outros” (CORTIZO, 2000, p.34).

Como destaca Bobbio (1992), a grande discussão que perpassa a questão dos direitos também é a de sua fundamentação, mas muito mais a de sua proteção. Então se destaca, segundo o autor, que “[...] o problema grave de nosso tempo, com relação aos direitos do

---

<sup>41</sup> O direito é um sistema de normas que regulamenta o comportamento dos homens em sociedade. Muitas vezes se emprega o direito em seu sentido axiológico, como sinônimo de justiça, e muitas outras em sentido subjetivo (DALLARI, FORTES, 1997, p.188).

Cortizo (2000) entende como uma atividade de produção material específica, cuja especialidade consiste em produzir normas jurídicas gerais (leis propriamente ditas) e normas jurídicas particulares (resoluções jurisdicionais) (p.23).

homem, não era mais o de fundamentá-los, e sim o de protegê-los. [...] Com efeito, o problema que temos diante de nós não é filosófico, mas jurídico e, num sentido mais amplo, político” (p.25).

A incorporação constitucional dos direitos no cenário brasileiro foi um processo muito lento sem referência constitucional até a primeira república que ignorou completamente qualquer direito social. “A ampliação dos direitos sociais garantidos Constitucionalmente, apenas se efetiva a partir da Constituição de 1988” (DALLARI, 1995, p.23), ampliando também a noção de direito das políticas sociais, como base para o desenvolvimento de ações na perspectiva do direito.

O direito é concretizado em leis, visto que a Constituição Federal é o documento que orienta princípios, deveres e direitos de uma nação. Portanto, se faz necessário o claro entendimento dos conceitos jurídicos que regem uma nação, possibilitando uma condução eficiente do direito.

Com relação à Constituição, diante de seu papel de regulador de princípios, deveres e direitos e resultante dos processos sociais e de lutas de uma sociedade deve estar atento, dando consequência ao caráter político das Constituições, ao reconhecimento da “importância dos princípios que, ainda que não explicitados, conformam o documento, porque refletem os valores que caracterizam uma dada sociedade, derivados de seu contexto político e social” (DALLARI, 1995, p.26).

Neste sentido, o social deve estar atrelado à perspectiva do direito, na defesa de uma sociedade construída na garantia da universalidade dos direitos sociais, na cidadania, na emancipação humana e no enfrentamento das desigualdades sociais, reforçando que o social não pode ser pensado fora das relações sociais que se estabelecem, seja na vida cotidiana individual, grupal e de sociedade.

Frente a estas considerações e sem pretensões de fechar um conceito, se destaca que a discussão do social deve transpor a noção de carência e de ações focais que possam caracterizá-lo.

Concorda-se que o social deve ser concretizado numa perspectiva ampliada, ou seja, remetido ao entendimento enquanto processo histórico construído nas relações sociais, na discussão de sua noção de direito e como integrante do conjunto dos determinantes que compõem a sociedade, ou seja, as relações pessoais e interpessoais e que o econômico, político, cultural, social, ideológico se entrecruzam na constituição da sociedade.

Para Wanderley (2000), o social vincula-se então, ao público que é por natureza universal. Isto leva a entender que o social compreende um “conjunto de ações e relações, [...] que se estabelecem entre indivíduos, grupos, associações, instituições, nações, em todos os campos societários” (p.201).

Tal entendimento trabalha os vínculos que tecem o tecido de uma sociedade. Aceita e identifica que a construção do social se dá pelos conflitos, tensões e contradições que possibilitam e que geram rupturas. Estes vínculos “comparecem, em todas as sociedades, para atender essencialmente a três necessidades: as materiais, as de relacionamento interpessoal e as espirituais (arte, subjetividade, cultura, etc). Em todos eles estão necessariamente presentes gente, povo, população, pessoas” (WANDERLEY, 2000, p.201).

Para esta tese, o social será entendido a partir do conceito de Wanderley (2000), porque entende-se que o referido autor trabalha de forma ampliada o conceito de social. Entende-se que o social não existe sem o sujeito histórico, construtor de sua própria história e da sua vida em sociedade. Portanto, o social se efetiva no campo das relações sociais e nas formas de organização da sociedade da qual o sujeito é e está inserido.

Por isso o social se expressa, no pensamento, na fala, nas ações, que reflete nas instituições, nas organizações, na sociedade como um todo, ou seja, na vida em sua dimensão micro e macro, permeado de contradições, de lutas de poder e formas de resistência.

Esta compreensão não limita entender que o social está vinculado à carência, à pobreza, mas que o mesmo deve retratar as questões em sua dimensão de direito, de universalidade e de emancipação humana. E, emancipar-se só é possível, no contexto de sociedades democráticas, por exigir um exercício anterior de noções como liberdade, igualdade, autonomia e desalienação, pois para exercer a emancipação, é necessário viver em sociedade, usufruindo direitos civis, políticos e sociais, nos âmbitos individual e coletivo, o que se desdobra em questões morais e éticas.

Por isso, o social refere-se ao universal, não devendo privilegiar um setor da sociedade, uma classe social, ou se pautar pela exploração ou ênfase no econômico como a única alternativa para uma sociedade desenvolvida, mas a concretização de uma nova sociedade, não coisificada mas, humanizada e hominizada.

As considerações realizadas até o presente momento, iluminam a discussão dos processos de trabalho na saúde e como através da ação profissional é possível a construção de uma nova perspectiva para o social. No campo da saúde, a discussão do social, tem assumido uma relevância cada vez maior, ao buscar romper com o tradicional modelo de saúde biomédico. No próximo item, destaca-se o social na saúde.

## 4.2 O SOCIAL NA SAÚDE

A análise do social, trazida para o âmbito da saúde, se torna central ao se considerar a perspectiva do paradigma sanitário presente numa determinada política social e das práticas profissionais exercidas no campo da saúde. Isto leva também a própria discussão do processo saúde/doença.

A expressão saúde/doença é um qualitativo empregado para adjetivar, um determinado processo social, qual seja o modo específico de passar de um estado de saúde para um estado de doença e o modo recíproco.

A doença é mediada e modificada pela atividade social e pelo ambiente cultural que tal atividade cria, por isso entendida como um processo social manifestando-se mais visivelmente na coletividade do que no indivíduo (ROSEN, 1979).

O caráter social do processo saúde/doença não se esgota em sua determinação social, já que o próprio processo biológico humano é social. “É social na medida em que não é possível focalizar a normalidade biológica do homem a margem do momento histórico” (LAURELL, 1983, p.152).

Pensar a saúde é identificá-la em sua dimensão política, econômica, social e ideológica, representando um modo de ver e perceber a saúde que se modifica ao longo da história. Em relação ao setor saúde, registram-se mudanças significativas no processo de trabalho em saúde com o desenvolvimento dos campos da biologia e microbiologia, a partir da concepção do cientificismo que teve sua gênese nos séculos XVIII e XIX.

Anteriormente o trabalho em saúde, seguindo o modelo de atenção predominante, era vinculado às manifestações ideológicas, tanto ortodoxas (catolicismo) como heterodoxas (alquimia, magia, astrologia).

Com o desenvolvimento da sociedade, tanto em nível econômico, político, científico e social, fez emergir um novo contexto científico, conformando uma cisão entre o ser humano e a natureza em que o individualismo, a criatividade, a laicização do saber forjaram a ambientação cultural de onde emergiu o racionalismo científico, base da ciência moderna, modelado no empirismo indutivo e no racionalismo dedutivo mecanicista de Francis Bacon e de René Descartes.

Iniciou-se, então, a ciência experimental, para a observação, a fim de obter explicações racionais para os fenômenos da natureza, que deveriam ser comprovadas na prática, empiricamente. Os estudos médicos tinham a meta de localizar as causas das doenças no organismo e desvendar a linguagem dos sinais e sintomas clínicos. Porém, o método clínico, não propiciou a abordagem das questões relativas às causas das doenças, pois estas se davam no plano coletivo, portanto, verificáveis na dimensão particular do indivíduo.

As descobertas científicas de: Bacon (1561-1642), René Descartes (1596-1650), Isaac Newton (1642-1727), Robert Koch (1843-1910), Louis Pasteur (1822-1895), embora importantes para a época, acabaram por reduzir a medicina em aspectos mecanicistas, no qual o corpo assumiu papel de máquina, causa, efeito para explicar a complexidade e totalidade que representa o corpo e a saúde.

O período caracterizado pela racionalidade científica contribuiu para que as representações na área da saúde se ampliassem, como consequência das grandes conquistas na área do conhecimento que caracterizou este período.

Atualmente, esta racionalidade científica está presente nos fundamentos da medicina moderna, como reflexo do avanço de conhecimento e técnicas, mas que deixa de perceber e ver saúde e doença também como um processo social.

Na racionalidade científica só há espaço para a linguagem da razão e do método científico. A concepção de saúde caracteriza “a representação renascentista da moléstia como mal externo ao homem, visto como um sujeito individual. O mal invasor pode destruir as forças (de equilíbrio) para instalar-se no seu interior, como inimigo que vence uma batalha e, desse interior, pode destruí-lo” (LUZ, 1988, p.86).

Com a racionalidade científica que instituiu a natureza como objetividade e como exterioridade ao homem, como materialidade a ser apreendida, foram criadas as fortes dualidades (matéria/espírito; quantidade/qualidade; objeto/sujeito; corpo/alma; organismo/mente) influenciando vários campos do conhecimento, inclusive as ciências da saúde.

Tudo que não é considerado conhecimento científico passa a ser refutado e o saber popular, utilizado como tradição na saúde, é negado e muitas vezes combatido. O rigor científico desqualifica as práticas vinculadas à experiência cotidiana.

Para Silva Júnior (1998), a concepção da medicina científica determinou uma mudança na prática médica redirecionada por vários elementos estruturais, tais como:

- Mecanicismo: o corpo humano visto como uma máquina, essencial ao modo de produção capitalista.
- Biologicismo: reconhecimento exclusivo da natureza biológica das doenças, excluindo os determinantes sociais e econômicos da causação.
- Individualismo: o indivíduo como objeto da medicina científica, alienando-o de sua vida e do seu contexto social.
- Especialização: aprofundamento do conhecimento científico na direção de partes específicas, promovendo a divisão técnica no trabalho e fragmentando o processo de produção do serviço de saúde.
- Tecnificação do processo de trabalho: incorporação de técnicas e equipamentos com fins diagnósticos e terapêuticos, expandindo a lógica mercadológica com o desenvolvimento das corporações industriais multinacionais.
- Ênfase nas ações curativas: ao prestigiar o processo fisiopatológico, como base do conhecimento, teve como foco a doença e o trabalho em saúde direcionado para remissão da doença.

Os laboratórios e os medicamentos passaram a ter uma grande importância para o conhecimento da etiologia das doenças e para as intervenções terapêuticas, e os hospitais tornaram-se principais abrigos de doentes e espaços de trabalho. A medicina dita científica, sem negar os avanços obtidos que repercutiram na descoberta de curas, passou a ser conduzida para os interesses de um mercado lucrativo.

Foucault (2006), estudando as modificações do saber médico e de sua prática, indica que isto se deveu às mudanças efetuadas em seus objetos, conceitos e métodos, ou seja, atribuiu ao conhecimento inovador mudanças nas epistemes. Entretanto, também identificou a tendência utilitarista da medicina tendo como ponto de referência o surgimento da clínica médica<sup>42</sup>.

---

<sup>42</sup> Em obra clássica Nascimento da clínica, Foucault (2006) afirma: “[...] Até o final do século XVIII a medicina referiu-se muito mais a saúde que à normalidade, e que as diversas formas do saber médico referem-se às noções

Este momento histórico culmina com o início do capitalismo, que traz em seu bojo um modo de produção relacionado à exploração da força de trabalho e às doenças decorridas a partir de então, se dão em função desta exploração, na dificuldade da não garantia de sua reprodução e desta nova organização da sociedade.

É inserido nesta realidade que Ros (2000) destaca que no começo dos anos de 1800, “germina a teoria da Medicina Social. Esta teoria se torna hegemônica nos movimentos revolucionários que correm a Europa – na Prússia, Império Austro-Húngaro, Inglaterra e França entre 1830-1850” (p.79). A origem de todas as causas de doença deixa de ser exclusivamente natural para revestir-se do social. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas. O referido autor destaca citando Rosen (1979) que:

Em 1848, Virchow – considerado o pai da Medicina Social – afirmava que as doenças eram causadas pelas más condições de vida e, junto com Neumann, propõe mudanças nas leis prussianas, objetivando superar a exploração da força de trabalho e garantir melhores condições de sua reprodução, colocando no Estado a obrigação de suprir estas necessidades. Leubuschae, Vilermé, na França, Chadwick na Inglaterra, Grotjahn na Bélgica, simultaneamente trabalhavam com concepções semelhantes. (p.79)

Porém, as descobertas bacteriológicas ocorridas na metade do século XIX deslocaram as concepções sociais, restabelecendo a concepção das causas externas representadas por partículas que podiam provocar o aparecimento de doenças. Segundo Gutierrez e Oberdiek (2001) para a ciência dominante, “a bacteriologia veio libertar a medicina dos complexos determinantes econômicos, sociais e políticos que a impediam de desenvolver cientificamente” (p.21).

A justificativa era que a medicina não mais necessitaria perder tempo com os problemas sociais, pois podia contar com as descobertas das bactérias, que dariam conta de responder eficientemente as questões de doença e saúde.

Entre os anos de 1880-1905, houve uma revolução do conhecimento médico. Conhecimentos ligados à patologia, histologia, química, fisiologia e principalmente a microbiologia foram extensamente estudados e novas descobertas foram realizadas nestes campos do conhecimento.

---

positivas de ‘saúde’ e ‘normalidade’. Embora a normalidade como categoria seja fruto do século XIX, a ideia positiva de saúde não é dominante, é a doença que é prioritariamente destacada pela medicina do século XVIII até o século XIX” (p.39).

A partir de então, tudo devia ser classificado, observado e descrito segundo categorias que possibilitavam caracterizar o tipo de doença de que se tratasse. O corpo humano era o objeto fundamental de conhecimento da medicina moderna e não mais expressão das ansiedades e reflexos do viver em sociedade.

Então, o paradigma que se instaura é a saúde como ausência de doença, ou seja, de alguma patologia que por ventura poderá invadir o corpo humano, visto que a eliminação do mesmo é a preocupação fundamental da medicina moderna, esquecendo “questões tematizáveis como a vida, a saúde, a cura. A cura será substituída pela cessação de sintomas, sobretudo dos sintomas principais, ou chaves de uma doença” (LUZ, 1988, p.92).

Somente no início do século XX, após a II Guerra Mundial, fica evidente a insuficiência da teoria unicausal, com o fim do predomínio absoluto do estudo das doenças infecto-transmissíveis, quando há o retorno as concepções multicausais, mas que não recuperaram o conceito de causação social.

A noção de multicausalidade das doenças será dominante no campo da Epidemiologia. Neste período, nos países industrializados, há uma intensificação da reestruturação produtiva. As novas tecnologias começam a ocupar todos os setores da economia e as políticas sociais contemplam mais as áreas de saúde e educação.

O desenvolvimento do modelo multicausal ocorre com afirmação de diferentes abordagens como: análise das múltiplas causas da doença, o modelo ecológico e o modelo da determinação social da doença que apresentam entre si marcos teóricos em contradição.

Barata (1985) discutindo e resgatando os processos de unicausalidade e multicausalidade das doenças destaca que dentro das teorias da multicausalidade o que há de mais “característico nos diferentes modelos é a tentativa de redução do social e sua descaracterização através de construções ahistóricas e biologicistas” (p.21).

Embora haja contribuições das ciências sociais a epidemiologia, este modelo acaba por reduzir o “social ou a biologizam, na medida em que o consideram como uma dimensão a mais do indivíduo humano, sem estabelecer uma hierarquia entre os processos sociais e biológicos.

Este modelo recebe críticas ao final da década de 1960, identificando-se a necessidade de uma reformulação da compreensão do processo saúde-doença, para que os conhecimentos epidemiológicos estejam vinculados e mais próximos aos interesses populares e concretizando novas práticas de intervenção.



Na década de 1970, ressurgiu a discussão da medicina social, iniciada em 1848, identificando-se como o modelo da “epidemiologia social” defendendo que o processo saúde/doença é um processo social e biológico, mas com historicidade própria. Com base no pensamento materialista histórico, ultrapassa a visão de causalidade como uma relação de causa e efeito e percebe o fenômeno como uma estrutura.

O objetivo da epidemiologia social não é limitar apenas a evidenciar as desigualdades, mas tenta compreender, como “o social atravessa a pele”. Para Herzlich (2005), os pesquisadores recorrem a conceitos provenientes das ciências sociais, tais como redes sociais, suporte social ou ainda capital social. Em todos os casos, trata-se de ultrapassar a “análise da posição dos indivíduos na estrutura social e de melhor apreender o que engloba a própria noção de social nos determinantes da saúde” (p.198).

Surge o modelo de determinação social da doença como retomada das abordagens sociais da epidemiologia. O contexto social era marcado por uma crise econômica e política com diminuição do gasto social do Estado capitalista, com altos custos e baixa eficácia da medicina curativista e hospitalar. A partir deste contexto, surgiu uma nova conceituação do processo saúde/doença e a formulação da concepção de determinação social das doenças.

Laurell (1983) elaborou um conceito para o processo saúde-doença da coletividade entendido como o modo específico pelo qual ocorre, no grupo, “o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando os momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente com consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença” (p.151).

Para o conceito de determinação social da doença, a referida autora destacou que o processo saúde/doença e sua determinação enquanto processo social é “determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio do processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção” (LAURELL, 1983, p.157). Acrescenta-se ainda destacando que o:

[...] o padrão social de desgaste e reprodução biológica determina o marco dentro do qual a doença é gerada. É nesse contexto que se deverá recuperar a não-especificidade etiológica do social e, inclusive, do padrão de desgaste e reprodução biológica relativo à doença, pois não se expressam em entidades patológicas específicas, mas no que chamamos o perfil patológico; que é uma ampla gama de padecimentos específicos, mais ou menos definidos. (LAURELL, 1983, p.157)

Ao se abordar, na epidemiologia, a importância do social no processo saúde/doença e da produção da doença em termos coletivos como resultante também dos processos sociais, identifica-se segundo Rouquayrol e Goldbaum (1999) duas maneiras de entender os condicionantes sociais da doença que são de um lado, “o conjunto de todos os fatores que não podem ser classificados como componentes genéticos ou agressores físicos, químicos e biológicos” (p.19). São agrupados em quatro tipos gerais: fatores socioeconômicos, fatores sociopolíticos, fatores socioculturais e fatores psicossociais.

O outro entendimento leva em consideração que o social não é apresentado como uma variável ao lado dos outros fatores causais da doença, mas como um campo em que a doença adquire um significado específico. “O social não é expresso sob forma de um indicador de consumo (renda, nível de instrução, etc). Ele aparece sob forma de relações sociais de produção responsáveis pela posição de segmentos da população na estrutura social.” (ROUQUAYROL, GOLDBAUM, 1999, p.19)

A crítica que se faz da utilização do social como categoria composta por fatores relacionados, casualmente, com a produção da doença, não considera pensar o social de forma totalizante (estrutura social particularizada em conjunturas econômicas, políticas e ideológicas) que condiciona uma dada situação de vida de grande parcela da população e um agravamento crítico do seu estado de saúde, dá ao estudo epidêmico sua real dimensão enquanto fenômeno coletivo (ROUQUAYROL, GOLDBAUM, 1999, p.19).

Diante da identificação das diversas concepções de saúde e doença concretizadas em diversos momentos históricos, evidencia que estes conceitos têm expressado mudanças.

Luz (1988) destaca que “para haver saúde é necessário que se mude a sociedade”, pois são de fato as condições sociais e econômicas que explicam o surgimento das doenças. Corrobora-se e reforça-se a ideia de que saúde e doença possuem relação direta com o social, como reflexo direto da sociedade em que está inserida.

O processo de identificação e compreensão da maneira como as concepções de saúde vão se desenvolvendo no decorrer da história da humanidade, oferece subsídios de entendimento de como é construída atualmente a política de saúde e a própria concepção que se tem do processo saúde/doença.

Um conceito usualmente utilizado para definir saúde é o da OMS que define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Analisando o referido conceito, não se deve esquecer que, a saúde implica perceber como ela se apresenta na sociedade que se caracteriza pelas contradições, dificuldade e em muitos aspectos de exclusão. Poder alcançar o bem-estar completo do ser humano requer que

se considere a saúde também como possibilidade de enfrentamento destas contradições e dificuldades vivenciadas no cotidiano da sociedade capitalista.

Então, concorda-se com Rezende (1989) quando discute que o conceito proposto pela OMS demonstra um avanço no sentido de ampliar o conceito de saúde e doença, mas apresenta limitações, pois saúde não é ajustamento do homem ao meio, de uma situação ou contexto, mas “uma postura humana ativa e dialética frente às permanentes situações conflituosas geradas pelos antagonismos entre o homem e o meio” (p.87).

O completo bem-estar exprime uma conotação de estagnação de algo pronto e acabado, não considerando o movimento da história da vida humana e seus conflitos diários numa sociedade.

Ao aprofundar a discussão do processo saúde/doença, num dado momento histórico, implica não se esquecer de alguns pontos fundamentais: que seu conceito representa um modelo de concepção, que estão vinculados à realidade social e são socialmente construídas, pois possuem historicidade. Neste sentido, se destaca que:

Saúde/Doença constituem metáforas privilegiadas para explicação da sociedade: engendram atitudes, comportamentos, e revelam concepções de mundo. Através da experiência desse fenômeno, as pessoas falam de si, dos que as rodeia, de suas condições de vida, do que as oprime, ameaça e amedronta. Expressam também suas opiniões sobre as instituições e sobre a organização social em seus substratos econômico-político e cultural. Saúde/Doença são também metáforas de explicação da sociedade sobre ela mesma: de suas anomias, desequilíbrios e preconceitos, servindo como instrumento coercitivo ou libertador para o poder político se legitimar ou ser execrado. (MINAYO, 1996, p.193)

Constata-se no que se refere a discussão do processo saúde/doença e a relação com o social que a ampliação destes conceitos, não se restringem somente a saúde como ausência de doença. A concepção de saúde deve estar vinculada aos determinantes da vida em sociedade, seja ela individual ou coletiva e resultado desta relação com a sociedade.

Vaitsman (1992) buscando não reduzir apenas o entendimento do conceito e concepção de saúde e doença, pela via das formas de organização social da produção, destaca que a existência de saúde, que é física e mental, está ligada a uma série de condições irreduzíveis umas às outras.

Um conceito ampliado não poderia então considerar saúde só como resultante das formas de organização social da produção. Pois é produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem certas formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da

afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizado em cada sentir e vivenciado num corpo que é também, não esqueçamos, biológico (VAITSMAN, 1992, p.170).

Saúde deve estar relacionada às questões positivas da vida como a sua qualidade, entendido como uma condição da vivência humana e de enfrentamento das dificuldades do cotidiano. É resultado de um processo de produção social que expressa a existência dos homens no seu viver cotidiano, “um viver desimpedido, um modo de andar a vida prazeroso, seja individual, seja coletivamente” (MENDES, 1996, p.237).

Entende-se que a partir deste conceito, a ênfase nas questões que envolvem o social, serão mais expressivas, buscando de fato concretizar não somente um conceito, mas uma prática ampliada e que dê ênfase nas questões que envolvem a saúde e não somente em questões vinculadas à doença. O que pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais.

Porém, o reconhecimento do social na saúde não se efetiva somente no âmbito de seu conceito, mas também na sua dimensão prática ao se efetivar no âmbito da política social como direito. Mas como a própria sociedade é contraditória e também suas políticas sociais o são; no interior da política de saúde existem dois projetos em disputa: o biomédico e o modelo social de saúde, conforme já destacado no segundo capítulo.

Isto reflete diretamente no âmbito das práticas e processos de trabalho, por isso, tornando-se um espaço importantíssimo de estudo e análise, pois se acredita que o modo de fazer saúde está intimamente relacionada com uma proposta maior de política de saúde e de sociedade.

Por isso, defende-se que não é suficiente mudar o nome da política, programa ou projeto na saúde, se esta mudança também não é operada no âmbito dos processos de trabalho, pois é neste espaço, nesta construção coletiva, entre governo, trabalhadores de saúde e usuários que se efetivará uma saúde na perspectiva de direito ou na perspectiva da carência.

A política de saúde na perspectiva da carência se caracteriza pela proposta neoliberal de política social, entendendo a saúde como um direito de mercadoria, de consumo individual, colocando o Estado na condição de mero executor de políticas focais, minimalistas com base neoliberal.

Em sua contrapartida, defende-se que a política de saúde deva ser garantida em sua perspectiva de direito, centrada na defesa dos direitos no âmbito da reafirmação do Estado que tem nas suas atribuições fundamentais a condução de políticas sociais sob formas de política

universal e que esta seja conduzida por preceitos de descentralização e democratização atendendo às necessidades das maiorias.

Esta caminhada em busca da concretização de um modelo comprometido com a saúde, com o direito, com o social, com a universalidade e desenvolvimento de política pública que esteja embasada por estes mesmos princípios, não se efetiva sem se considerar a importância das práticas profissionais e as alterações concretizadas ou não, no âmbito dos processos de trabalho. Identificar estas práticas e sua relação com o social é uma meta a ser construída para avaliar que tipo de modelo de saúde se efetiva na realidade brasileira.

No próximo item, destacar-se-ão os processos de trabalho dos profissionais que compõem a ESF e NASF, evidenciando como se concretiza no cotidiano de trabalho destes profissionais a sua relação com a saúde e o social.

#### 4.3 O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DA ESF E NASF E SUA RELAÇÃO COM O SOCIAL

No campo da saúde, e na ESF o social aparece a todo momento, exigindo dos profissionais um olhar atento as manifestações que o social expressa no cotidiano. Ao se pensar que o social está presente em todas as relações sociais, este também se manifesta nos processos de trabalho em saúde, no atendimento a população usuária, nas formas de encaminhamento dadas as pessoas, enfim, a cada gesto e a cada ação profissional está imbuída do social.

O desafio que se coloca neste momento é agregar a construção teórica e analítica realizada até o presente momento e aprofundar as questões que envolvem o processo de trabalho dos profissionais da ESF e NASF e sua relação com o que chamamos de social, discutido nos itens anteriores.

Entende-se que uma questão chave e primordial para o reordenamento dos processos de trabalho dos profissionais, no sentido de superar ações focalistas e parceladas, devam estar atreladas à ideia de saúde como direito universal de cidadania, exigindo políticas sociais eficientes, capacidade operacional para implementar um novo modo de produzir saúde, que rebata sobre as práticas de saúde.

Além disso, o processo de trabalho em saúde é um trabalho em ato, ele se realiza no exato momento da interação entre o profissional e o usuário/paciente nos espaços dos serviços

de saúde. Portanto, o objeto no campo da saúde, não é a cura, a promoção e proteção, mas a produção do cuidado por meio do qual se atinge a cura e a saúde, que são de fato o objetivo a que se quer chegar. Porém, foram se constituindo práticas cuidadoras socialmente determinadas pelo modelo médico de agir, que se tornou hegemônico que:

[...] para superar o modelo médico hegemônico neoliberal, devem constitui-se organizações de saúde gerenciadas de modo mais coletivo, além de processos de trabalho cada vez mais partilhados, buscando um ordenamento organizacional coerente com uma lógica usuário-centrada, que permita construir cotidianamente vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e os usuários nas formatações das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas. (MERHY, 2007, p.39)

Estas práticas não se vinculam apenas a um profissional em específico, pois toda prática é social, e esta discussão no âmbito da saúde é amparada na discussão do modelo assistencial de saúde que também implica um modelo de sociedade. Então, fica o questionamento de como os processos de trabalho no âmbito da saúde, em especial na atenção básica, têm se direcionado para o campo do social.

Esta discussão remete à compreensão de que a construção de um novo modelo de saúde ou sua efetiva concretização, não se dá apenas no âmbito das reformas macroestruturais, ou seja, o fato de estar garantida constitucionalmente, de estar amparada por diretrizes e princípios, de construir outras bases organizativas, se o modo de desenvolver o trabalho no interior dos serviços de saúde não se modificarem igualmente, num esforço coletivo dos trabalhadores de saúde.

Donnangelo (1979), ao discutir a medicina comunitária, já apontava a necessidade de se rever as práticas médicas e a articulação entre as organizações encarregadas das práticas de saúde e os grupos sociais a que se destinavam. Critica o modelo hegemônico de saúde que privilegia a doença, pois entende que a medicina tinha por definição que ser “um conjunto de recursos técnico-científicos voltados para a realização de níveis progressivamente elevados de bem-estar social” (p.16).

E ao analisar este social, defende que deve estar centrado nas concepções de necessidades de saúde, pobreza, carência, saúde e bem-estar como direito, ou seja, que a medicina se articulasse com a sociedade.

Por isso, a análise do social, trazida para o âmbito da saúde, se torna central ao se considerar a perspectiva do paradigma sanitário presente numa determinada política social e das práticas profissionais exercidas no campo da saúde.

Remetendo esta discussão para a realidade da política de saúde brasileira com o SUS, identifica-se que mesmo frente às dificuldades e a movimentos antagônicos (medicina liberal, individual e curativa), busca-se concretizar princípios e diretrizes com maior vinculação e preocupação com o social.

A construção de novos sistemas de valores também é um indicativo para evitar concepções que reduzam as necessidades de saúde a processos fisiológicos. Por isso, a consolidação do SUS só se efetivará na medida em que possibilitar a emergência dos sujeitos sociais, tanto dos trabalhadores quanto usuários, exigindo se repensar o papel das ações e práticas em saúde que, devem estar respaldadas na reorganização do processo de trabalho com o surgimento de sujeitos dos quais será demandada participação e conscientização no processo.

Torna-se prioridade a problematização da prática profissional com base no processo saúde/doença e as respostas sociais organizadas, traduzidas em ações de saúde e intersetoriais. Essa problematização deve considerar as transformações necessárias na organização dos serviços de saúde, operando com base em um modelo de atenção coletiva, com a integração de ações curativas e preventivas, de descentralização dos serviços e universalização da atenção.

Para entender como chegar a analisar o social no âmbito dos processos de trabalho em saúde, é relevante destacar quais as atribuições e responsabilidades das equipes da ESF seja o que se preconiza nos documentos oficiais como a própria execução na prática cotidiana dos profissionais.

Por isso, é relevante destacar que as práticas de saúde são práticas sociais que explicitam a operacionalização de concepções mais amplas sobre as coisas, o mundo e os homens que, ao mesmo tempo que as orientam, as subjugam num certo contexto de possibilidades limitadas, num determinado território.

As práticas de saúde são práticas sociais operadas por profissionais de saúde. É desse lugar, no qual as práticas de saúde se “articulam com as demais práticas sociais submetendo-se as exigências do todo organizado das práticas sociais, que são reguladas suas possibilidades de produção e de reprodução do instituído. Este é o ponto estratégico do qual melhor se pode apreender o seu caráter histórico” (DONNANGELO, 1979, p.15).

A partir desta compreensão é possível entender que as práticas e os processos de trabalho em saúde, representam determinadas concepções de saúde, de cidadania, de Estado, de política e de direito, na forma de operacionalização de um modelo de atenção e de gestão em saúde.

Neste sentido, uma das questões abordadas nas entrevistas com os profissionais da ESF e NASF era identificar a partir do cotidiano qual é a sua rotina de trabalho e suas atribuições dentro da equipe, buscando identificar se no espaço da atenção básica, se operam outros processos de trabalho, que rompam com o modelo biomédico.

#### **4.3.1 As atribuições dos profissionais da ESF**

Com base em Oliveira (2010), Campos (2007), Merhy (2007), Cecílio (2001), destaca-se que no cotidiano dos serviços de saúde, há um tensionamento constante entre as demandas dos usuários e a capacidade de resposta dos profissionais, que estão inseridos nas portas de entrada do sistema de saúde. Compreende-se que os usuários representam necessidades de saúde mais complexas que são transvestidas num pedido específico: a demanda.

Oliveira (2010) destaca que ao considerar que costumeiramente as ofertas de serviços realizadas pelos profissionais de saúde como: vínculo, acolhimento, atendimentos, procedimentos, etc., “são apresentados como produtos desses serviços de saúde, quantificáveis (também por parâmetros de produtividade), ocorre que esses “produtos” frequentemente são confundidos com as próprias necessidades de saúde” (p.31).

Partindo do entendimento que as práticas de saúde são práticas sociais e, que há um tensionamento das demandas dos usuários e na capacidade de resposta dos profissionais a estas demandas, ao se elencar as atividades realizadas pelas equipes da ESF na Vila Piauí, Vila Jaguará e NASF, constata-se de maneira geral possuem dinâmicas de trabalho e demandas idênticas.

De maneira abrangente as equipes se organizam em suas atividades da seguinte maneira: triagem/acolhimento, consulta de enfermagem, consulta médica, grupos educativos (da equipe e do NASF), visitas domiciliares (Auxiliares de enfermagem, Enfermeiras, Médicos, ACS), busca ativa (ACS), reuniões de equipe (com e sem o NASF), atendimento de demanda espontânea, atendimento de demanda agendada. Estas atividades serão destacadas ao longo do trabalho, quando os profissionais identificam suas demandas de trabalho e como são trabalhadas em suas equipes.



Constata-se que dentro da equipe da ESF a profissional articuladora das atividades é a enfermeira, cabendo a esta profissional uma série de competências e responsabilidades sejam elas da prática de enfermagem, burocráticas, das atividades de sua equipe ou mesmo da unidade como um todo e também a coordenação dos trabalhos dos ACS. Na PNAB são explicitadas as competências que esta profissional deve assumir junto as equipes da ESF que são:

- Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF;
- Realizar assistência integral no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
- Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. (BRASIL, 2006a)

Diante destas atribuições destacadas pela PNAB, as profissionais de enfermagem destacam que as principais demandas que chegam até elas estão relacionadas com usuários hipertensos e diabéticos, situação relacionada com o alto índice de idosos que residem nas áreas de abrangência de todas as equipes da ESF que se realizou a pesquisa.

Recebem gestantes, nas consultas de enfermagem para o pré-natal, possuem atendimento de puericultura, entregam resultados de exames. Faz-se referência no acúmulo de atividades em virtude de ausência de profissionais da equipe, o que sobrecarrega a enfermeira, por ser atribuído a ela, atividades de coordenação da equipe, refletindo também no atendimento à população. A seguir, o relato de uma das enfermeiras, explicita esta questão:

Hoje, as demandas são de agenda, porque a gente está com problema de recursos humanos, então tanto a agenda médica quanto da enfermeira está bem problemática. As queixas são mesmo de agendamento. Eu tenho umas queixas, não muito frequentes, mas de atendimento. Paciente quer que a médica atenda a todo instante. A maioria das pessoas procura para as receitas vencidas. As receitas vencidas são para hipertenso e diabético. Porque a transcrição, pelo protocolo de enfermagem, a gente só pode fazer para hipertenso e diabético compensado. Então, ele chegou aqui, está com a receita médica vencida, que vale por seis meses, a gente faz a transcrição por trinta dias e marca uma consulta médica. Mas a maioria até hoje em dia é isso. (Enfermeira 02, 2010)

Outra demanda apontada é a questão da saúde mental que vem se tornando cada vez mais expressiva nos serviços de saúde, relacionando com questões mais amplas, com o contexto de vida que os usuários tem vivido, sua relação com as demandas sociais. No relato de uma enfermeira, destaca a seguinte percepção sobre esta demanda:

Atualmente eu percebo muitas pessoas depressivas, muitas dificuldades familiares, muitos desarranjos familiares, famílias desestruturadas, que vão desencadeando vários problemas. A meu ver a nossa demanda de saúde está muito em torno das demandas sociais, porque acaba refletindo, não é? A família não está bem porque o filho está desempregado, a mãe fica deprimida ou, então, o marido é alcoólatra. A dificuldade financeira vai desencadeando ansiedade, hipertensão. Muitas das nossas demandas estão relacionadas a demandas sociais. Então, o paciente ou chega aqui no consultório, ou a gente detecta nas VD, ou então chega para nós através do ACS que está diretamente em contato com o usuário. E com o tempo vai tendo um vínculo maior com o agente comunitário, vai tendo uma confiança e acabam se abrindo, pedindo ajuda. (Enfermeira 01, 2010)

Frente as estas atribuições, e as demandas que as enfermeiras recebem e trabalham, o que se constata nos relatos das profissionais é que realizam tanto as atribuições específicas da equipe em que está inserida, mas também as atividades que estão vinculadas à unidade como um todo e acrescenta:

Bem da enfermeira de PSF é coordenar o trabalho dos ACS; fazer as consultas de acordo com o documento norteador da prefeitura, então tem o pré-natal, saúde da criança, saúde da mulher, e saúde do adolescente. Fazer grupo educativo perante a comunidade; busca ativa dos sintomáticos respiratórios, busca ativa de dengue, as VD. Então tem uma meta pra consulta, pra visita, pra grupo, tudo seguindo meio que documento norteador e sempre também vendo o trabalho dos ACS, como está sendo desempenhado perante a comunidade. Então cada área tem 6 micro áreas, então no final ficam mais ou menos 3 pessoas pra enfermeira organizar através de planilhas. O fechamento

que é feito todo mês lá pro dia 20 de acordo com o SIAB que é o Sistema de Informação Atenção Básica e aí que a gente tem que ver e no final a equipe conseguiu as metas de acompanhar todas as gestantes, todas as crianças, se todas as crianças estão pesadas, nutridas, ver como está a situação dessas crianças menores de 1 ano, dos hipertensos e diabéticos. Também sou responsável pelo programa do remédio em casa, então tem o número, tem uma meta que faz parte do plano plurianual da prefeitura, responsável pela vigilância epidemiológica do posto, então tem que ir atrás das pessoas que possuem notificação de hepatite B, todas as doentes de notificação compulsória, quando tem surto de algumas coisas a gente tem que ir atrás pra fazer investigação. Também sou responsável pelo almoxarifado, pelo estoque, então a gente tem que ficar ligado pra não faltar gaze, faltar soro fazer esse dimensionamento. Sou também pela esterilização da autoclave, da sala de espurgo, como está sendo feita a esterilização dos matérias, principalmente os materiais usados na odontologia, mas aí a odonto quem faz são as meninas da odonto mesmo, a gente fica mais com a parte de curativos, onde usa mais as pinças ou caixas de DIU que eventualmente é colocado. Cada enfermeira assume uma parte administrativa, eu faço essas questões **(referindo-se as atividades acima mencionadas, grifo nosso)**. Outra enfermeira faz parte do comitê de prontuário, então por exemplo, a enfermeira da equipe A toma conta do laboratório, feridas e a parte de curativos, quem tem toda uma planilha para preencher e só o laboratório por si dá bastante trabalho. A enfermeira da equipe B toma conta da vacina que também é bastante puxado, que tem que ver número de estoque controlar sala de vacinas e também responsável pelo programa paulistano de gestantes. A enfermeira da equipe C é responsável pelo programa da tuberculose, órteses e próteses então cada uma toma conta um pouquinho de tudo. (Enfermeira 03, 2010)

Outra enfermeira destaca a mesma situação evidenciando que além das atividades da equipe a qual pertence, tem as atividades da Unidade de Saúde e acrescenta dizendo que “o PSF é todo focado na enfermagem e a diretriz é sempre da enfermeira. Se a enfermeira não tiver uma diretriz, a equipe não funciona” (Enfermeira 02, 2010).

Para Lima et. al. (2000), as análises sobre as atividades que a enfermagem realiza têm demonstrado que a atividade gerencial é a que mais se sobressai. As atividades de gerenciamento do cuidado foram relacionadas à supervisão e ao controle do processo de trabalho. Verificou-se que as atividades de coordenação, supervisão e controle dos agentes da equipe de enfermagem são destinadas às enfermeiras (p.347).

Há uma questão presente nas falas que é a referência do documento norteador das ações a elas inerentes, sendo que uma das profissionais destaca a preocupação e a constatação de que muito se está atrelado ao curativo e pouco às ações preventivas e, aparecendo novamente seu papel gerencial e administrativo na equipe:

A enfermeira de PSF tem a função de assistência: atende os pacientes e também tem uma função gerencial, administrativa, de coordenar a equipe: tem que ter uma visão mais ampla de tudo o que acontece na equipe. Nós possuímos um documento norteador que estabelece as prioridades e o que é preciso fazer. Então nas quarenta horas semanais temos duas reuniões de equipe, temos duas horas para grupo, tem um horário para visita domiciliar que são dois períodos durante a semana, e o restante é atendimento individual. Apesar de o PSF preconizar a prevenção e promoção de saúde a demanda ainda é muito grande para a parte curativa; o paciente ainda não mudou a visão de conscientização, ele ainda quer muita medicação, quer muito especialista, muitos exames secundários e terciários, então há a necessidade dessa assistência individualizada. [...] Mas eu percebo que poderia ser 50% de cada. Eu percebo que 20% é prevenção e 80% é parte curativa. Precisa mudar o foco. E assim, a população quer isso? Não, a gente tem bastante dificuldade, porque a gente propõe grupos e as pessoas não demonstram interesse, é uma parcela, uma fatia muito estreita que adere aos grupos. (Enfermeira 01, 2010)

Ao analisar estas falas, percebe-se que a prática profissional está atrelada às questões específicas de enfermagem, que são necessárias, mas também há muitas ações de cunho burocrático, inclusive demonstrando preocupação em fechar e tabular dados e indicadores de produção da equipe, pois isto reverte em recursos materiais e financeiros à equipe.

No processo de trabalho de gerenciar, a proposta colocada para o enfermeiro, é a de genericamente organizar o espaço terapêutico, para que o cuidado se realize; além de organizar, distribuir e controlar o trabalho da equipe de enfermagem. "Seu objeto é a organização em si, produzindo uma combinação de condições para a assistência multiprofissional e a realização do cuidado terapêutico." (LEOPARDI et. al., 2001, p.39)

Neste processo, a finalidade do trabalho do enfermeiro é a organização do cuidado, tanto coletivo quanto individual, realizado pela equipe de enfermagem e pelos demais profissionais.

Quando se referem às VD de enfermagem, ressaltam sempre o objetivo para a identificação de doenças e não a preocupação com a saúde ou mesmo com as questões que envolvem o social.

Há a referência a atividades de grupo, mas de forma incipiente, mesmo que sejam as enfermeiras geralmente as responsáveis pela coordenação deste trabalho, muitas vezes vinculada as ACS. Muitos dos grupos temáticos são realizados pelos profissionais do NASF, o que será destacado posteriormente.

As reuniões de equipe são realizadas semanalmente e em algumas equipes até duas vezes por semana. A enfermeira é a coordenadora da atividade, identificando, cobrando e encaminhando as atividades.

As enfermeiras cumprem com o que determina a PNAB? Sim, há uma preocupação evidente que estas atividades sejam cumpridas, pois isto acarreta uma série cobranças, seja da chefia direta, da SMS, da OSS que os contrata e também da própria comunidade, que vive historicamente um modelo que preconiza a solução da doença e não a promoção da saúde.

A partir destas primeiras considerações, é possível realçar de maneira geral como se estabelece a dinâmica e rotina de trabalho das equipes e entendendo como a ação da enfermagem se concretiza no cotidiano.

Os auxiliares de enfermagem também apresentam papel estratégico na equipe, pois quando um usuário/paciente chega à UBS em busca de atendimento, a primeira pessoa que o recebe é o profissional auxiliar de enfermagem, que faz a triagem e também o que eles caracterizam como acolhimento. Esta questão do acolhimento é interessante, pois a equipe faz referência de que o acolhimento é realizado pela equipe, mas ao mesmo tempo está atrelado ao profissional auxiliar de enfermagem.

Com relação às demandas que chegam até aos profissionais auxiliares de enfermagem, há um destaque para as necessidades dos hipertensos e diabéticos, que envolvem medir pressão arterial, troca de receitas, busca pelo atendimento médico. Faz-se referência também às demandas relacionadas à saúde mental e se destaca:

Muitas, você percebe que se você for levar a fundo, for fazer aquela análise da pessoa, é paciente psiquiátrico, ele realmente necessita de uma consulta com um psiquiatra, com psicólogo, porque ele está sempre aqui, sempre são os mesmos, acolhimento são sempre os mesmos. Os mesmos pais que trazem os filhos, os mesmos idosos que vêm, as mesmas... de meia-idade, de mais idade, não tem... São sempre os mesmos. (Aux. de Enfermagem 01, 2010)

Mas na fala de todos os profissionais destacou-se a questão dos idosos e sua relação com a solidão e com problemas familiares. É uma constatação no Brasil o aumento da população idosa, relacionada com o aumento da expectativa de vida e, isto vai trazer aos serviços de saúde uma demanda antes não tão expressiva, seja em função dos problemas de saúde que esta população apresenta como os problemas relacionados com a vivência do idoso em sua família, na comunidade, nas questões que envolvem a solidão, abandono e a morte. Destaca-se a seguir esta identificação de demanda na perspectiva dos auxiliares de enfermagem:

Queixa mesmo, não tem muito, depende da época, eles vêm mais para serviço de verificar pressão, curativo que é uma coisa de rotina, e

queixa depende da época: Agora que nós estamos entrando no inverno, vem muita gente com cansaço, falta de ar, essa coisa toda, gripe, tosse, quando está tempo seco tem muita conjuntivite, essas coisas. E queixas têm dos idosos, às vezes porque eles são sozinhos em casa, e a gente tem que ser um pouquinho psicólogo às vezes, eles vêm e a gente sabe que eles não vêm apenas para verificar pressão, eles vêm para ficar aqui um pouquinho no posto, ver alguém, conversar, gostam de ficar aqui no banco, conversando [...]. Eu já não tenho muito esse perfil de ficar ouvindo muito, ficar conversando, não tenho muita paciência, não tenho muito perfil para geriatria. Tem muitas pessoas que vêm e sabem que a gente percebe que é mais tipo uma ocupação do dia já que eles não têm muitas coisa para fazer, mas eles estão bem de saúde, a pressão está boa, outras pessoas poderiam fazer curativo na casa que é coisa assim, mas eles gostam de vir aqui, conversam, gostam de falar da família, têm paciente que traz fotos, trazem presentinhos, elas gostam. Tem uns que são tipo de uma relação pessoal com a gente, acontece disso também, assim. E tem uns que reclamam muito, vêm aqui e xingam que a gente não presta para nada, ficamos de braços cruzados, fazendo fofocas, xingam mesmo, e eu fico muito chateada com eles também. (Aux. de Enfermagem 03, 2010)

Para os auxiliares de enfermagem, as atribuições também são divididas entre as específicas da equipe e as relativas à unidade de saúde como um todo. Em seguida, segue o relato das atividades destes profissionais:

A gente tem as atividades que são referentes ao posto de saúde; a gente tem que manter o serviço do posto, e tem as atividades que são mais referentes à equipe - eu trabalho mais junto da equipe. Então, no posto, a gente trabalha tanto na sala de procedimentos, coleta, vacina, essa parte de procedimentos de enfermagem. E na equipe, a gente faz a parte de organização, ajuda na organização da equipe. Tanto dos programas de remédio em casa, kit de diabetes, então, a gente ajuda na organização. Convocando pacientes, ajudando nos momento de dúvidas, nas atividades de grupo, ajudamos na parte de vigilância da equipe, às vezes tem alguma notificação, vamos atrás, vamos em visita domiciliar, os pacientes que são hipertensos, diabéticos, os acamados, que precisam de visita, a gente vai; às vezes um paciente que é muito faltoso, a gente vai atrás também, vai junto com o ACS, para fazer a visita e conforme vai surgindo a demanda a gente vai tentando se ajustar e resolver os problemas na equipe. E se tiver grupo, participamos, aí tem as reuniões de equipe, participamos das reuniões, e vamos auxiliando nisso. (Aux. de Enfermagem 04, 2010)

Praticamente a gente tem a parte dos procedimentos da enfermagem, a parte prática e que existe uma escala, normalmente com dois auxiliares para cada setor e algumas atividades todos desenvolvem juntos em equipe. Aqui nesta sala a gente faz eletro e atende emergências, então tem um dia que eu faço eletro em outros dias outros fazem eletro. Nós fazemos curativos, fazemos medicação, acolhimento quando as pessoas estão com necessidade de passar no médico e não tem consulta marcada que é onde eu estou agora e a

gente faz controle de pressão arterial e disritmia, medicação, acolhimento, faz inalação, tem também a sala da esterilização o pessoal faz desinfecção dos materiais que precisam ser desinfecionado e esterilizados. Tem a parte dos curativos, tem as pessoas que fazem as coletas de sangue, coleta de exame, de fezes, urina, Papanicolau. Quando necessário, ajudamos na farmácia a receber e entregar medicação, orientar os pacientes a estar usando a medicação para realizar os exames também a gente orienta eles. Fazemos também teste de gravidez. A gente sempre dá orientação com relação a dieta, quando o paciente é hipertenso, tem pressão sempre muito alta, a gente fala da importância de participar de grupo, de educação física de fazer caminhada, de fazer dieta, de não comer sal, essas coisas. (Aux. de Enfermagem 03, 2010)

O espaço da triagem/acolhimento acaba expressando um lugar de muitas necessidades, que estão relacionadas com as questões cotidianas dos usuários que chegam ao atendimento. As profissionais percebem que no seu espaço de trabalho, muito mais que um sintoma físico do corpo, o que se apresenta são questões mais abrangentes da vida destas pessoas.

Estas demandas estão relacionadas com as atribuições que estas profissionais devem desenvolver no espaço da ESF? A PNAB explicita quais as atividades são inerentes ao auxiliar de enfermagem que são:

- Participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);
- Realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. (BRASIL, 2006a)

A partir destas atribuições é possível trabalhar com estas necessidades e demandas destacadas acima? Será um espaço de acolhimento, de escuta qualificada? Como estas demandas são trabalhadas na equipe como um todo? São questões relevantes quando se reflete o acolhimento no espaço da ESF.

A caracterização do novo modelo assistencial, a ESF, tem colocado em seu horizonte a perspectiva da responsabilização dos trabalhadores da saúde em relação aos problemas apresentados pela população.

Leite, Maia e Sena (1999), ao analisarem o acolhimento enquanto estratégia de construção do novo modelo tecnoassistencial, apontam que ele está apoiado nas seguintes premissas:

- Adesão dos profissionais, principalmente dos auxiliares e enfermeiros;
- Humanização da relação serviço x profissional de saúde x usuário;
- Facilidade e aumento da cobertura utilizando ao máximo a capacidade instalada;
- Inversão da lógica atual do atendimento a partir da demanda espontânea e por ordem de chegada;
- Recomposição do processo de trabalho. O trabalho ainda estava muito centrado na atenção clínica individual;
- Responsabilização do acolhimento pelos auxiliares de enfermagem;
- Atendimento orientado para as ocorrências clínicas. (LEITE, MAIA, SENA, 1999)

Isto remete a pensar na questão do acolhimento, da forma como ele vem sendo trabalhado pelas equipes nas unidades básicas de saúde. Fica clara a sua potência como dispositivo analisador do processo de trabalho, porém se ele for entendido, como está sendo predominantemente, como mais uma atividade da enfermagem, se está reforçando a ideia da clínica, cujo desenvolvimento será inevitavelmente recorrer para a figura do médico ou do enfermeiro.

Mas ao pensar o acolhimento como uma atitude, uma mudança de postura diante da dor e do sofrimento, tem-se que enfrentar o problema e o atendimento às necessidades de saúde do paciente de forma integrada, com ações articuladas, o que eleva muito a potência de resolutividade, de humanização e de acolhimento tanto dos trabalhadores de saúde como do serviço. Aí poderia residir uma das cenas que incorporariam processos transformadores e possibilidade de experimentar momentos de maior satisfação no trabalho, através da rediscussão dos diferentes processos.

Com relação ao profissional médico na ESF, surgem competências médicas novas, com mudança da prática médica sobre o adoecer individual e coletivo, no contato com a população, na identificação dos problemas, na formulação de um diagnóstico e posterior encaminhamento das soluções.

São os trabalhadores da ESF que vão operar a mudança de modelo e, para que a mudança da prática dos médicos seja reconhecida, é necessário relacionar atributos que a qualifiquem como nova, identificando, assim, a eficácia de sua contribuição na resolução de problemas das populações na dimensão da multicausalidade e da determinação social.



Segundo Alvarenga (2005), na estrutura da ESF, o profissional médico é reafirmado como núcleo da atenção à saúde, caracterizando a sua presença ou não a viabilidade do programa. “Com Médico é PSF; sem Médico, é PACS.” A remuneração diferenciada dos outros profissionais das equipes pode levar ao entendimento do grau de importância que é dada à prática médica. A demanda espontânea por atendimento às intercorrências clínicas ainda é grande nas unidades, exigindo ações efetivas de assistência médica individual (p.38).

O profissional médico na equipe da ESF ocupa um espaço estratégico nas equipes, pois tradicionalmente a pessoa “autorizada a falar de doença e saúde”. Como destacado nos capítulos anteriores, os modelos de saúde que se concretizam nos serviços de saúde, eleva a figura do médico como o único responsável pela garantia da saúde de sua população.

Este modelo centrado no modelo biomédico vem sendo questionado principalmente nos marcos da efetivação do SUS e, embora com todos os seus entraves, a política de saúde brasileira tem elaborado e concretizado ações no sentido de romper este modelo e construir um modelo social de saúde.

As competências e ações inerentes ao médico se alteram, principalmente quando inseridos no âmbito da atenção básica, ou seja, nos espaços da ESF. São exigidas deste profissional outras competências e habilidades que ultrapassam o mero atendimento de demandas de doença. Neste sentido, também pautado pela PNAB, também são definidas as responsabilidades e ações inerentes ao médico que são:

- Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- Realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc);
- Realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;
- Encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contrarreferência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;
- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

- Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. (BRASIL, 2006a)

No acompanhamento das equipes da ESF, percebe-se com relação ao profissional médico que as atividades estão relacionadas com as consultas médicas, há um cronograma semanal de VD para pessoas acamadas ou que requerem atendimento diferenciado. Participam de atividades de grupo sendo que em algumas situações até coordenam as atividades de grupo. Fazem parte também das reuniões de equipe. Nas entrevistas realizadas com os profissionais médicos, destacam quais têm sido suas atividades cotidianas junto às equipes da ESF.

Além das consultas médicas nós fazemos as visitas, o atendimento, nos domicílios das pessoas acamadas, ou seja, das pessoas que estão impossibilitadas de sair da sua residência, mas que também tem direito ao atendimento. Os Grupos, também, são importantes, nesse sentido de promoção de saúde, prevenção, esclarecimentos sobre as dúvidas que eles têm; vêm o que mais precisam, as visitas, as consultas. Eu acho que é mais isso, trabalhar a população mais nesse sentido mesmo de estar levando o atendimento não só médico, mas a questão da saúde como um todo. Porque a gente não se restringe só à medicação; isso é o que é mais desafiante. (Médica 01, 2010)

Enquanto médica de família são as consultas. A gente acompanha a família toda, então tem consulta de gestante, puericultura, consulta de pré-natal, puerpério, consulta adulto, rotina, todas as demandas são acolhidas pela equipe de saúde da família. São realizadas visitas domiciliares, também, atendimento em grupo, com as principais demandas, que é pressão alta, diabetes, a gente também tem grupos de tabagismo, que é para as pessoas que desejam parar de fumar, que o médico participa. O grupo de “Peso com Arte” para ajudar as pessoas a ter uma alimentação mais saudável, então é realizado tanto o trabalho de prevenção e consultas. Na verdade a equipe de saúde da família ela acolhe a população com todas as suas demandas e são dados os devidos encaminhamentos. E eu trabalho em equipe, vale a pena falar, não é só o médico, é a equipe de saúde da família. (Médica 02, 2010)

Uma das questões cruciais quando se discutem mudanças no modelo de atenção à saúde é seu rebatimento junto aos profissionais, principalmente em seus processos de trabalho. Alterar as formas do trabalho na saúde é desafiador. Constatar que atualmente o profissional médico além de participar, organiza e desenvolve atividades de grupo, evidencia,

que aos poucos, os processos de trabalho vão se alterando e, que o médico, não representa única e exclusivamente o atendimento clínico.

A mesma questão é constatada quanto à realização de VD que é mais recorrente em seu cotidiano de trabalho. Pensar que hoje estes profissionais tem em sua agenda semanal a realização de VD, mostra que a prática não se volta apenas ao atendimento de consultório.

Mesmo que estes profissionais visitem pessoas/famílias em seu domicílio e que ainda estejam presos às demandas de doença, o fato de terem que sair de suas salas de atendimento, terem que conhecer o território, a comunidade, os recursos existentes em sua área de abrangência, isto leva à construção de um novo olhar sobre a prática médica.

Alvarenga (2005) destaca que nas visitas realizadas pelos médicos da ESF, a consulta médica está deslocada do ambulatório da rede de assistência para dentro das casas, caracterizando o uso de um instrumento da saúde pública, agora, como espaço de trabalho clínico. Esta oportunidade pode ser um passo para uma integração das práticas, quando reorganizada e potencializada.

Isto não é possível sem rebater sobre o processo de formação dos profissionais. No Brasil, várias escolas médicas têm revisto seu ensino, tendo como perspectiva a construção de um novo paradigma, que busca responder à necessidade de mudanças nas relações entre prática médica, organização da assistência da saúde e comunicação entre médicos e usuários.

A implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina enfatiza a necessidade de formar um profissional adequado às necessidades do sistema de saúde pública e políticas recentes do MS, com a implantação dos projetos Promed, Aprender SUS, Pró-Saúde, entre outros, que podem favorecer as referidas proposições.

Perspectivas novas têm sido implementadas, no âmbito da formação profissional, mas há processos sociais contemporâneos mais amplos, como a crise da medicina liberal e do modelo hospitalocêntrico; a persistência de uma formação acadêmica fragmentada e basicamente hospitalar e a falta de educação permanente voltada ao reconhecimento dos problemas da realidade local; a tendência à precarização do trabalho; a dificuldade e o desafio no trabalho em equipe no campo da saúde, que inclui diferentes sujeitos com distintas formações e grande vontade de se inserir em um novo modelo de atenção à saúde, que tem valorizado a responsabilidade, o cuidado e a integralidade.

Vale ressaltar que estas práticas ampliadas, não eliminam as históricas práticas médicas vinculadas ao modelo biomédico que ainda se fazem presente no cotidiano das ações de saúde. A médica 01 destaca sobre esta questão ressaltando que:

A primeira coisa, é que estamos aqui como agentes de promoção de saúde, e isso é o mais difícil, essa mudança na cultura. As pessoas vêm buscando um alívio imediato, querem ser atendidos na hora, e então começa por aí. Eu acho que a coisa mais difícil aqui é passar a questão da promoção e da prevenção. Porque quando você não está bem, você procura o médico que você precisa; mas é justamente aí que pega esse lado. Mas é justamente o fato de que você tem que estar prevenido pelo menos duas vezes por ano: as pessoas que têm doenças crônicas e que são a maior parte da população, e que são principalmente os hipertensos e os diabéticos. Assim, o agente, como médica, a principal finalidade é essa: tentar não só orientar a parte em que a pessoa está necessitada, mas na questão da prevenção. Então, as orientações de modo geral, desde os hábitos alimentares até o hábito de vida, até chegar na questão medicamentosa, mesmo que isso daí em qualquer serviço se faça, isto aqui principalmente, é a questão da prevenção. Então, a gente tenta ver, temos o trabalho em equipe e isso é uma coisa que facilita muito, principalmente pela figura do ACS, pois são eles que vão detectar o problema e o trazem para a gente que vamos tentar agir no tempo certo ou tentar prevenir as futuras complicações de saúde que as pessoas venham a ter mesmo. (Médica 01, 2010)

A mudança através da ESF será possível à medida que se aprofunde o entendimento conceitual do trabalho em saúde, portanto faz-se necessário superar a fragmentação dos saberes e promover a interação entre os profissionais e entre estes com a comunidade. A fragmentação dos saberes na ESF está bem caracterizada no saber médico e o saber dos enfermeiros que, tradicionalmente, pertencem a equipes de trabalho em UBS e hospitais, mas realizam ações independentes.

Schraiber (1995) contribui com a discussão que a maior transformação ocorrida na prática médica deu-se a partir da incorporação tecnológica, o que gerou dependência entre outras formas de trabalho para complementação do trabalho médico, surgindo, daí, a necessidade da divisão hierarquizada dos papéis nas equipes.

Ao se comentar sobre a dificuldade de mudança de um modelo de saúde, e a expectativa que os usuários tem sobre o atendimento médico, a profissional médica acrescenta: “Elas (**peçoas**) estão acostumadas a isso, não é? O médico é consulta. Consulta é igual a receita. Se não tem medicamento, o médico não é bom, o médico... é menor, não é? Isso é complicado [**referindo-se à cultura da doença**].” (Médica 01, 2010)

Com base em Schraiber (1995), a prática médica tem um duplo aspecto, de ser tecnocientífica e tecnoarte, com verdade apoiadas pela ciência, que a torna legítima na sociedade contemporânea, e arte, quando a ação criativa, envolvendo a subjetividade, traduz-se na escolha e na abrangência da ação transformadora.

Ao se afastar o médico do paciente, seja pela mecanização exagerada dos diagnósticos, pelas regras de organização dos serviços ou pela perda do carisma médico, a arte médica torna-se enfraquecida na relação médico paciente. A arte médica estaria na capacidade de ouvir, confortar, orientar e outras características subjetivas do agente que se transformam em tecnologia para operar uma intervenção.

Sob esta lógica, espera-se que, no trabalho médico (onde a complexidade das operações estão na capacidade do sujeito), a técnica esteja apoiada no conhecimento científico, atualizado para identificação e resolução dos problemas, e que a arte seja capaz de identificar, agir, relacionar os múltiplos fatores de determinação do processo saúde/doença, sob valores éticos universais que conduzam relações interpessoais, na perspectiva da humanização e vínculo, num mundo de muitas morais, trazidas dos territórios onde se deve reconhecer o sujeito com direitos de cidadania, em busca de uma ação transformadora, mas solidária.

Em contraposição a esta representação médica existente na saúde, surge um sujeito social, estratégico ao se inserir no espaço dos serviços de saúde, que é ACS que tem se apresentado como uma nova identidade social, ocupando um vazio existente nas práticas de saúde.

Corroborando com Carvalho (2002b), o ACS como elo vivo, tem assumido papéis, num processo contínuo de construção, conformando uma prática peculiar, complexa, não vista até então em outro profissional de saúde. Além de trazer a possibilidade de olhar para a realidade e as demandas vinculadas à saúde de uma forma diferenciada.

É um profissional<sup>43</sup> que está aliado à comunidade a qual pertence; está próximo às necessidades e história dos usuários que mantém vínculo, identificando elementos não somente aos vinculados à doença, mas questões mais amplas da vivência destes usuários em seu cotidiano de vida. E isto amplia sobremaneira as demandas que chegam até as equipes de saúde.

Para o ACS, o contato não se restringe a um corpo saudável ou não saudável. Tem a moradia, a dinâmica familiar e o social permeando suas ações e possibilitando a interação com rostos, identidades sociais, pressupondo uma rotina em que saúde/doença, condições de vida e o imprevisto se encontram interligados (CARVALHO, 2002b).

---

<sup>43</sup> A profissão do ACS foi criada legalmente por meio da Lei nº 10.057, de 10 de julho de 2002, após cerca de 5 meses do seu encaminhamento a Câmara Federal, por ocasião das comemorações de 10 anos do PACS. Como pré-requisitos para o exercício da profissão, esta Lei estabelece: “I – residir na área da comunidade que atuar; II – haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de ACS; III – Haver concluído o ensino fundamental” (BRASIL, 2002b).

A inserção dos ACS na equipe básica da ESF trouxe sobremaneira um profissional que é considerado um elo de ligação entre as equipes e a comunidade. Para os ACS também são atribuídas atividades e competências a serem desenvolvidas junto às equipes da ESF que são:

- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- Orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
- Cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue;
- É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima. (BRASIL, 2006a)

Ao se analisar as atribuições dadas ao ACS, constata-se que dentro da equipe é o profissional que mais atribuições tem sob sua responsabilidade, seja no atendimento direto com as famílias, suas atribuições na promoção da saúde, uma série de cadastros e notificações que precisam ser garantidas no seu contato com as famílias.

Aliado a estas atribuições, na identificação das demandas vivenciadas em seu trabalho, o ACS levanta uma série de situações de trabalho desde a identificação e acompanhamento das famílias. Isto leva à necessidade da atualização constante dos dados da família, caso haja mudança de endereço, não mora mais na área geográfica, até o levantamento da situação de saúde/doença desta família.

É de responsabilidade dos ACS em identificarem em sua área de abrangência quem é hipertenso, diabético, gestante (adulta, adolescente, de alto risco), crianças recém nascidas, idosos acamados, pessoas que estejam doentes. Identificar se não há focos ou suspeitas de doenças como malária, dengue. No período da pesquisa, houve uma grande mobilização por parte dos ACS e da equipe para a vacinação da gripe H1N1.

Os ACS também fazem referência aos problemas relacionados com a saúde mental e a predominância de usuários idosos. Aparecem na fala também as questões voltadas à violência, pois é algo que é identificado pelos profissionais, principalmente os que envolvem os idosos e suas famílias. A seguir seguem algumas falas que evidenciam estas questões: se precisar

ACS 3: Na minha área, é mais a parte psicológica, o que aparece gente com problema psicológico não está escrito, então essa é a maior parte para mim. E receita, o pessoal adora pedir receita, que perdeu, que esqueceu.

ACS 4: Na minha área o problema é os idosos, que precisam de atendimento, tem que levar receita, eles pedem, tem que levar médico...

ACS 4: Porque é uma área distante, e os idosos não podem estar vindo aqui, então eu que tenho que fazer esse atendimento. Tem que levar medicação, levar médico. Agora, cada área é diferente da outra.

ACS 2: A minha demanda é quase igual, é psicólogo, é idade, tem bastante gente idosa, esquizofrênicos, bastante gente com diabetes, bastante criança, então assim, o meu é um pouco de todos.

ACS 1: Gira em torno disso mesmo hipertensos, diabéticos, grávidas... Viciados, na realidade chega um pouquinho de tudo para ser, para chegar aqui. Às vezes abordam a gente para tratamento de alcoolismo, abordam para saber quando vai chegar o exame que ele fez, ele aborda para saber aquele exame que ele fez, quando vai estar pronto, quando vai estar pronto o oftalmo que ele já agendou, então eles, no geral eles abordam, eles passam aqui e cobram mesmo para saber se chegou, não chegou, está aí, se não está aí. Além de outras, do que já foi falado, as pessoas, esses casos que são mais específicos que a gente tem que ficar, às vezes, muitas vezes acompanhando mais de perto para não sofrer consequências, com o posto, com a gente, porque acaba sofrendo a consequência porque a gente está ali, porque não está acompanhando, então a gente é cobrado disso. Ou se tem um hipertenso e não está sendo visitado, porque não está sendo visitado, e se tem um diabético, e assim por diante, como qualquer outro caso. (Grupo ACS 01, 2010).

ACS 2: Eles (**usuários**) pedem a visita, aí na visita a gente faz um levantamento como eu falei, para a necessidade da família, se é uma questão de doença, se é uma questão social, se é uma questão de violência, porque tudo isso entra no nosso cotidiano. A gente pega, ou vê família, a queixa, familiar e traz. Tudo é decidido na equipe, a equipe ouve e decide as ações que a gente vai tomar, e qual é o profissional que vai acompanhar a gente naquela visita.

ACS 1: Os de violência chamam atenção. Tem que colocar a equipe do NASF para ficar mais atento, mas só que quando um familiar assume, o outro já não fala nada, a gente fica sem saber como comentar com essa família se dá, ou não dá no caso...

ACS 2: As pessoas que não contam às vezes é por vergonha de estar passando por aquela situação, medo de uma retaliação da família. É “n” razões. (Grupo ACS 04, 2010).

Estas demandas refletem nas ações que os ACS desenvolvem junto às equipes às quais estão inseridas como com a população que atendem. Nas cinco (05) entrevistas realizadas com os ACS, as atribuições destacadas foram semelhantes, diferenciando-se em alguns momentos em atividades específicas de grupo realizada por cada equipe. Seguem alguns relatos sobre as atividades dos ACS, trazendo alguns elementos que destacam as atribuições organizativas e burocráticas das equipes também:

ACS 1: A gente faz o acompanhamento dos usuários no domicílio, a gente passa uma vez por mês, para saber como está naquele mês, se passou em consulta, se está medicado, se está tomando a medicação, se está precisando de alguma orientação.

ACS 2: Entregamos guias, filipetas, então, a gente está bem sobrecarregado nesses últimos dois meses porque a médica está de licença médica, então as consultas dela estão sendo todas remarcadas, a gente tem que ir na casa, remarcar, avisar que a consulta foi remarcada, e é assim mesmo que nem ela falou, é visita diária.

ACS 3: E cada mês é diferente do outro, a mesma família, que um mês te recebe, manda você entrar, no outro mês não quer falar, não quer conversar: “hoje eu não posso, não quero, estou muito ocupada”, e você tem que entender e ir embora. Esse mês ela me passou um caso que está acontecendo um problema sério na família, no outro mês ela já nem te abre a porta, já atende da janela, fala “não posso, não dá” então você tem que esperar o momento, uma outra oportunidade que ela possa conversar com você, não pode chegar se atirando. (Grupo ACS 05, 2010)

ACS 1: É busca ativa, acompanhamento, visita diária...; visita com médicos, enfermeiras, auxiliares, levar informações de saúde..., prevenção e promoção de saúde, ela é o carro chefe mesmo, é o básico, é o principal mesmo. A gente (ACS) arruma os prontuários, participa dos grupos, participa dos grupos, cadastramento, preenche a ficha A para entregar para a enfermeira, para eles poderem cadastrar no sistema.

ACS 2: Todo o processo administrativo para aquela pessoa que está fora poder entrar (refere-se ao cadastro da família na equipe de ESF)...que faz parte do bairro, se entra tem que passar pela gente, então a gente tem que trazer essa ficha A, tem que preencher, tem que ter os dados da família, da pessoa.

ACS 3: Só que a gente vê por família, não pelos nomes, então as meninas vão achar no prontuário pelo nome da família, como um registro, não é?

ACS 2: Também a nossa equipe teve duas intervenções no Dia Internacional da Mulher, no dia do diabetes, fizemos um evento aqui



com bastante gente, com apoio de todos os agentes, mas nós que encabeçamos, nós que fomos atrás, então que não deixa de ser, informar e passar aquilo que já foi falado, mostrar a promoção e a prevenção. (Grupo ACS 01, 2010)

O trabalho do ACS é um trabalho denso, repleto de situações e dimensões que ultrapassa a simples identificação de uma doença ou mesmo de um estar saudável. O ACS tramita no campo das relações, sentimentos, das frustrações, perdas e conquistas da população a que atende. Ele também está no campo do social. Está duplamente no lócus de vivência destas pessoas. Uma por ser o profissional ACS e de outro lado por ser ele mesmo pertencente à própria comunidade onde trabalha.

Além destas demandas que se identificam com as questões relacionadas à saúde física, aparecem outras demandas mais amplas e complexas e que conduzem muitas vezes estes profissionais a lidarem com questões com as quais não se encontram preparados.

Os profissionais são em sua maioria mulheres; poucos homens são ACS. Mas isto também levanta questões importantes, pois a questão do gênero também aparece. Numa das conversas com os ACS, relatavam a dificuldade em certas situações de ouvir e orientar situações que os usuários relatam, em função de “serem homens e terem que ouvir coisas de mulher”. Coisas de mulher seriam os relacionamentos, as frustrações de casamento, dificuldades com os filhos, etc.

Não houve identificação de que estas questões fossem trabalhadas na equipe e a melhor maneira de lidar com estas situações. Wai (2007), no estudo sobre as causas estressoras para os ACS em seu trabalho, destaca que uma problemática levantada pelos profissionais do sexo masculino é ir à casa de uma família e a dona da casa está sozinha, manifestando constrangimento, pois essa é uma situação culturalmente desaprovada.

Outra situação expressa pelas falas e observações realizadas nas atividades desenvolvidas pelos ACS nas unidades de saúde percebeu-se que as demandas voltadas às questões burocráticas e de encaminhamento estavam muito mais presentes do que a constatação de que estes profissionais possam estar mais voltados à comunidade. Esta questão fica expressa quando enfatizam:

ACS 1: a principal atividade é VD nas casas. Os grupos com a comunidade e depois que acho que é a parte administrativa que a gente faz. Nós temos a parte administrativa ou seja, atualização quase que diária dos prontuários do SIAB; as VD às vezes vamos umas duas ou quatro vezes na casa. E reunião de equipe. Nós temos VD com os auxiliares com a enfermeira e com a doutora. Então fora as nossas visitas, nós temos as outras visitas, que são lançadas no relatório

mensal. Nós fazemos relatório de produção. Nós temos um relatório que é diário e depois nós temos um consolidado. Nós fazemos tudo no diário e depois passamos para o consolidado.

ACS 2: Algum ACS já mostrou para você com quantos impressos nós trabalhamos? Eu vou mostrar, tenho aqui todos. Temos esse papel aqui, que quando tem reunião de grupo, a gente tem que preencher com o nome dos participantes, deixa eu ver que mais?

ACS 3: Acho que são oito [**referindo-se ao número de fichas e planilhas a preencher**].

ACS 1: Tem essa aqui que é a ficha A, onde a gente faz o cadastramento das famílias.

ACS 2: A gente cadastra, se tem alguma doença, alguma coisa a gente já anota aqui ou no verso ou na nossa ficha de visita. Então por esse cadastro é transcrito o prontuário, quem mora na casa, quem tem alguma doença, se tem criança, então isso aqui vai para o prontuário, a gente é responsável por identificar essas famílias.

ACS 1: Na verdade a frente da ficha A vai para o prontuário, e a ficha completa que é o verso, ela vai para o SIAB, se a casa é de tijolo, se tem energia elétrica, se a água é filtrada.

ACS 2: Aí tem esse impresso que é a ficha B. Por exemplo, aqui deste lado está “gestante”. Então as gestantes são acompanhadas nas nossas VD aqui nessa ficha. Os hipertensos também, todo mês a gente vai, se está fazendo ginástica, quanto estava a pressão, no verso é de diabetes e de portador de tuberculose, se tem algum, se tiver que tratar a gente tem que relatar nessa ficha todo esses casos e fazer acompanhamento mensal. Essa ficha todo ano a gente troca no prontuário. Tem uma outra ficha que é essa aqui que se teve alguma hospitalização ou óbito aí eu já vou preencher. Eu já tenho uma pessoa que teve parto, teve outra que operou no HC pedra nos rins, então eu tenho duas hospitalizações nesse mês. Se a gente está investigando tuberculose, a gente tem que levar esse impresso, explicar lá o procedimento, para a pessoa, preencher, depois que a gente faz aquela ficha A, a gente tem que fazer os outros cartões da família. Quando tem VD a gente tem que preencher; é o espelho da carteirinha de vacina, a gente tem que ter esse espelho atualizado.

ACS 1: Porque todos os meses nós vamos lá na casa. Então todos os meses tem que pedir a carteirinha de vacina. E a enfermeira na produção todo mês ela verifica. Está faltando ainda.

ACS 2: Essa aqui é ficha para consolidação de visita. Então por exemplo, essa é a nossa produção: Na verdade é a nossa produção, o meu dá dez folhas dessa. Porque tem as famílias do um ao cento e noventa e quatro. As famílias 01, 02 então vai cada família em um quadradinho. E a gente tem que ver se visitou, se nasceu o bebê, tudo que aconteceu no mês, isso aqui é um resumo que a gente, tem que entregar todo mês. Fechamento de produção, é justamente a gente transcrever toda nossa rotina aqui, e aqui a gente passa para a enfermeira e ela vai ver, visitou tal família três vezes, porque operou, porque estava precisando de uma necessidade maior. Tal família, apesar que a gente visita mais, porque a gente tem os tais dos papezinhos.

ACS 1: Nós temos esse papelzinho que a gente chama de retrabalho. A gente acabou de ir em uma casa e alguém mudou o dia da consulta. Então isso aqui é a pior parte do trabalho para mim, é verdade, porque eu fui ontem e hoje eu tenho que levar esses papezinhos. A nossa enfermeira fez um grupo de papanicolau, porque antes, todo resultado

de papa a gente ia na casa, “olha saiu o resultado vai lá tal dia”. Então agora toda vez que alguém faz o exame do papa já sai daqui com a data do retorno. Eu acho que a pessoa deveria sair daqui com isso, nem que fosse para vir aqui daqui dois, três meses, está lá, está com ela, já tem um agendamento. Por exemplo a nossa colega está de férias, então a gente tem que cobrir uma outra colega, então a gente acaba se atolando aqui na papelada e vamos dizer, a nossa produção, a gente acaba depois na correria.

ACS 2: Todo mês a gente passa nas ruas, levo um bolinho de ficha umas dez, quinze, para dez quinze casas, a gente sai com esse kit, a ficha da família com referência se tem algum problema, sempre telefone porque tem que ter lá no prontuário, então a gente sempre esta atualizando isso. Aqui nesse caso tem uma pessoa com hipertensão, pressão alta, então a gente passa todo mês. Essa aqui é a ficha da nossa visita, quando a gente vai na visita, ou entrega, ou a pessoa faz alguma referência a algum assunto, a gente relata aqui, ela dá um visto, alguns não querem assinar, uns não aparecem no portão, vão na janela. (Grupo ACS 02, 2010)

Furlan (2008), ao abordar o trabalho do ACS na atenção básica, destaca que este profissional permite, além da identificação, mapeamento do espaço e da adscrição populacional, problematizar e transformar o cotidiano e as condições de vida das pessoas, compreender as relações e a dinâmica dos sujeitos na sua complexidade. Esta condição permite que o ACS juntamente com a comunidade e a equipe de trabalho articulem os serviços e propostas de trabalho na ESF.

Porém, o que se observa é que as ações dos ACS estão vinculadas à vigilância epidemiológica, centradas em atividades de controle e saneamento. Há poucas discussões in loco das potencialidades dos ACS para atividades educativas e grupais, incluindo a formação para tal e incorporação do saber popular nas ações de saúde. Parece que, com a figura do ACS, a atenção básica se tranquiliza, pois que a promoção de saúde estaria garantida.

Pelo próprio relato destacado acima, constata-se o quanto estão vinculados a questões meramente burocráticas e necessitando comprovar sua produção por todos os meios, para justificar a ação desenvolvida em seu cotidiano de trabalho.

Furlan (2008) acrescenta que as “atividades com a comunidade, de visitas, grupos e com temas não relacionados à doença, são, na maioria das vezes, de responsabilidade dos ACS nas unidades, mas ainda oferecidas quando as tarefas de controle de dengue, não são urgentes para serem realizadas” (p.372).

Partindo do pressuposto que é o ACS que traz muitas das demandas para as equipes da ESF, estas demandas se traduzem em notificação de endemias, epidemias, controle dos indicadores de saúde/doença sejam elas crônicas ou não.

Pode-se constatar então, que as equipes de saúde, ainda estão presas às questões da doença, articulando toda sua dinâmica de trabalho a partir das mesmas que surgem em área de abrangência. Se utilizam do que chamam de acolhimento, realizam atividades de grupo, reuniões de equipe, mas de uma maneira ainda presos ao modelo biomédico, em que a atenção está voltada para a supressão de doenças.

Com o intuito de fortalecer e dar maior resolutividade na atenção básica, instituiu-se em 2008, o NASF para dar suporte aos profissionais que compõem a ESF e atender diretamente algumas demandas específicas dos profissionais especialistas que compõem este núcleo.

A seguir destacar-se-ão as atribuições dos profissionais do NASF junto às equipes de saúde da família.

#### **4.3.2 As atribuições dos profissionais do NASF com as equipes da ESF**

O NASF na cidade de São Paulo vem sendo implantado logo após a Portaria GM nº 154/2008. Os profissionais que podem compor os NASF são: profissional de educação física, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, ginecologista/obstetra, pediatria, médico homeopata, médico (acupunturista, fisioterapeuta), psicólogo acupunturista, farmacêutico, entre outros, que o gestor local pode definir como importantes ao identificar as necessidades da comunidade e das equipes de saúde.

Um diferencial em São Paulo é a existência de um coordenador para a equipe do NASF com o objetivo de articular de forma mais próxima as necessidades do NASF e das equipes da ESF com as gerências locais de saúde, com as supervisões técnicas de saúde e com as OSS. Sob análise do coordenador do NASF da Supervisão Lapa/Pinheiros, o mesmo entende que o trabalho de coordenação existe porque:

Há uma preocupação de integrar vários postos (unidades de saúde/grifo nosso), e como a gente tem uma coordenação local, uma gerência local, poderiam dar algum suporte de coordenação para o NASF. Porque aqui isso seria muito difícil de ser feito, por isso que surgiu esse cargo. A ideia é um pouco de fazer a articulação das equipes, mas eu acho que sobretudo fazer a articulação com as outras gerências, que pode ter uma visão que compactua com essa ideia do

NASF, mas nem sempre acontece. Então, além da gerência, fazer articulação com parceiros, com a supervisão técnica, a gente tem muitos outros serviços de referência. Então fazer esse papel também de linkar esses outros serviços acabou sendo a função de coordenação. [...] Então, vamos acompanhar os casos que estão sendo atendidos em conjunto, CAPS, e a UBS. Aos poucos, os próprios funcionários vão formando essa liderança e vão acompanhando mais de perto, mas no início, e até para a manutenção disso é preciso sempre uma articulação com a supervisão, uma articulação com os outros gerentes. Acho que com os gerentes ainda continua sendo uma ação importante, para eles terem a noção que o NASF não participa só de uma UBS, ele está em várias, então toda a ação pensada nessa UBS tem que levar em conta isso. (Coordenador NASF, 2010)

No núcleo do NASF da STS Lapa/Pinheiros, os profissionais integrantes são: 2 psicólogas, 2 psiquiatras, 2 fisioterapeutas, 2 terapeutas ocupacionais, 1 assistente social, 1 educador físico, 1 fonoaudióloga e 1 nutricionista, além do coordenador do NASF que tem formação em psicologia.

Lembrando que nesta supervisão há 4 unidades de saúde da família, compondo um universo de 18 equipes da ESF. Os profissionais psicólogos, psiquiatras, terapeuta ocupacional, estes se dividem em apenas 2 unidades de saúde da família. Os profissionais educador físico, nutricionista, fonoaudiólogo e assistente social, trabalham nas quatro unidades, atendendo as 18 equipes.

Quando perguntados sobre essa divisão, os profissionais não sabem identificar qual foi o critério estabelecido, sendo uma determinação colocada desde o momento da contratação desse núcleo. É importante ressaltar que cada equipe de NASF pode ser composta de maneira diferenciada, atendendo às necessidades da equipe da ESF e comunidade ao qual pertence e, desde que respeitadas as categorias profissionais estabelecidas na portaria que institui o NASF.

O NASF na região de São Paulo tem características diferentes. Tem lugares que tem assistente social que tem duas unidades, e tem assistente social que é para cinco unidades básicas; nós aqui como temos quatro unidades básicas na região Centro Oeste que tem o Programa de Saúde da Família, então, eu estou cada dia em cada lugar, então, foi muito de acordo com o entendimento que o pessoal lá da supervisão teve, não teve um critério definido e não é um critério definido, então, essa constituição é de acordo que meio que assim, foi um jeito novo de experimentar, e que a gente percebe que está dando, acho que conseguiram, nós conseguimos muita coisa, mas acho que ainda tem muita coisa para melhorar, sem dúvida, eu acho que se um profissional ficasse em um núcleo apenas, então, eu, por exemplo, Assistente Social de um núcleo - eu sou lotada aqui no Parque da Lapa, pela necessidade de a configuração ter cinco categorias, para se

constituir um NASF, então, eu sou lotada aqui, eu e o educador físico. A nutricionista e a fonoaudióloga são lotadas no núcleo do Piauí Jaguara, para que tivesse profissionais suficientes para se constituir um NASF. De acordo com a portaria, um profissional pode ter no máximo vinte equipes. Eu estou no limite, nós quatro, a gente tem dezoito. (Assistente Social NASF, 2010)

Como destacado no segundo capítulo, os profissionais do NASF devem desenvolver ações gerais, que são de responsabilidade de todos. Mas também são atribuídas a cada profissional, dentro de sua especificidade de formação, ações específicas. Neste sentido, identificou-se junto aos profissionais do NASF da Lapa/Pinheiros, que atuam nas equipes da ESF Jaguara e Piauí, quais ações desenvolvem junto às equipes e nas comunidades.

Para o profissional de educação física, as ações devem propiciar a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, que favoreçam a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos<sup>44</sup>.

As ações de Atividade Física/Práticas Corporais devem buscar a inclusão de toda a comunidade adstrita, não devendo restringir seu acesso apenas às populações já adoecidas ou mais vulneráveis. Neste sentido, são atribuições do profissional de educação física:

- Desenvolver atividades físicas e práticas corporais junto à comunidade;
- Veicular informações que visam à prevenção, à minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado;
- Incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio da atividade física regular, do esporte e lazer, das práticas corporais;
- Proporcionar Educação Permanente em Atividade Física/Práticas Corporais, nutrição e saúde juntamente com as ESF, sob a forma de coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, dentro de um processo de Educação Permanente;

---

<sup>44</sup> A Política Nacional de Promoção da Saúde - PT nº 687/GM, de 30/03/2006, compreende que as Práticas Corporais são expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica. São possibilidades de organização, escolhas nos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se, que sejam compreendidas como benéficas à saúde de sujeitos e coletividades, incluindo as práticas de caminhadas e orientação para a realização de exercícios, e as práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas, como: a capoeira, as danças, o Tai Chi Chuan, o Lien Chi, o Lian Gong, o Tui-ná, a Shantala, o Do-in, o Shiatsu, a Yoga, entre outras.

- Articular ações, de forma integrada às ESF, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública;
- Contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência como proposta de inclusão social e combate à violência;
- Identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho em práticas corporais, em conjunto com as ESF;
- Capacitar os profissionais, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, para atuarem como facilitadores/monitores no desenvolvimento de Atividades Físicas/Práticas Corporais;
- Supervisionar, de forma compartilhada e participativa, as atividades desenvolvidas pelas ESF na comunidade;
- Promover ações ligadas à Atividade Física/Práticas Corporais junto aos demais equipamentos públicos presentes no território (escolas, creches etc.);
- Articular parcerias com outros setores da área adstrita, junto com as ESF e a população, visando ao melhor uso dos espaços públicos existentes e a ampliação das áreas disponíveis para as práticas corporais; e
- Promover eventos que estimulem ações que valorizem Atividade Física/Práticas Corporais e sua importância para a saúde da população. (BRASIL, 2008)

O educador físico relata suas atribuições junto às equipes e à comunidade, respondendo à atribuição que é definida para este profissional e destaca:

Olha a maioria dos grupos abertos são minha responsabilidade. Eu tenho dois grupos, um de ginástica que eu chamo mais de condicionamento físico, e outro, um grupo que eu vou semanalmente, que é um grupo de despertar, motivar para que a pessoa pratique atividade física. Então mesmo eu não estando mensalmente, diariamente, mas às vezes semanal, às vezes quinzenal, durante esse grupo eu procuro motivação “O pessoal vamos, lembra, vocês fizeram em casa? Lembra daquele alongamento?” Então essa é a toada. Às vezes com ginástica, às vezes com dança, então a gente tem o grupo de dança de salão, hoje quarta-feira lá no Jaguará tem à tarde, e que aí a gente vai combinando com outras coisas, combinando essa parte de atividade física com palestras de saúde, combinando com práticas de medicina tradicional chinesa, esse de hoje à tarde tem meditação a gente começa com Yoga. Mas com esses grupos, eu até falei com as meninas, é a gente poder montar um questionário de avaliação para a gente saber, avaliar, como estão essas pessoas, se elas estão realmente praticando alguma coisa em casa, estão repetindo isso, aparentemente sim, mas é interessante a gente poder fazer um termo técnico, podemos acertar isso quando você faz uma coisa, para você poder ter

depois um instrumento de avaliação, é mais ou menos isso. (Educador Físico NASF, 2010)

Nas falas dos ACS, fazem referência na participação coordenada pelo educador físico e, muitas vezes recebem orientação para que conduzam atividades físicas nos grupos com a comunidade, principalmente vinculadas às atividades físicas, caminhadas, alguns exercícios de condicionamento físico.

A necessidade de avaliação do trabalho se mostra como uma preocupação do educador físico, para identificar qual tem sido o impacto do trabalho junto às pessoas e à comunidade. Questão essencial quando a equipe busca de fato estar próxima às demandas que a população coloca à equipe de saúde.

Para os profissionais da saúde mental como psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais, as atribuições devem compreender a atenção aos usuários e a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que propicie o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social. As ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis, as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação.

A atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados - rede de atenção em saúde mental - que já inclui a ABS, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros.

Os NASF devem integrar-se a essa rede, organizando suas atividades a partir das demandas articuladas junto às equipes da ESF, devendo contribuir para propiciar condições à reinserção social dos usuários e a uma melhor utilização das potencialidades dos recursos comunitários na busca de melhores práticas em saúde, de promoção da equidade, da integralidade e da construção da cidadania. São atribuições dos profissionais da saúde mental:

- Realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;
- Apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, situações de violência intrafamiliar;



- Discutir com as ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas;
- Criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas, visando à redução de danos e à melhoria da qualidade do cuidado dos grupos de maior vulnerabilidade;
- Evitar práticas que levem aos procedimentos psiquiátricos e medicamentos à psiquiatrização e à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;
- Fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de atenção não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação em relação à loucura;
- Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando constituir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial - conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de autoajuda etc.;
- Priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde mental se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade;
- Possibilitar a integração dos agentes redutores de danos aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; e
- Ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração. (BRASIL, 2008)

No que se refere à saúde mental, os profissionais que compõem este eixo no NASF se encontram presentes na constituição da equipe. Estes profissionais também destacam suas atribuições junto as equipes da ESF e a comunidade. Destacam-se as atribuições do psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional:

Aí tem três tipos de atividade, que eu identifico, três ou quatro. Uma que eu acho que é uma certa é o atendimento de ambulatório, feito com essa demanda que tem uma pressão grande no sentido das consultas específicas de atendimento, alguma coisa meio que, muito ditado pela forma de organização dos serviços, uma cultura já está estabelecida de, desse tipo de demanda, tanto da população quanto dos profissionais, então é algo que pressiona bastante. Em algum sentido isso é uma forma de apoio à equipe, mas ao mesmo tempo, é uma forma de apoio que distancia um pouco daquelas metas que é do poder fazer de maneira conjunta as atividades, de ampliar para outras formas de intervenção. Então essa daí é uma atividade que eu desenvolvo. A outra são as reuniões com as equipes para discutir os casos, conversas de corredor com alguns médicos, agentes de saúde e enfermeiras que acho que faz parte dessa possibilidade de estar fazendo um trabalho

em conjunto, e que é um campo bem rico assim, que pode ir nos substituindo e criar um campo melhor até para diminuir essas demandas mais diretas relacionadas às consultas, esses espaços entre agendas. Tem as atividades que são de grupo, de atendimento com um formato mais psicoterapêutico, que é feito por alguns profissionais do NASF, eu a terapeuta ocupacional, a psicóloga, mas que também ainda é uma atividade está um pouco dissociada das equipes, também as pessoas das equipes participam muito pouco, não participam na realidade. Acho que é a maneira como a gente consegue se articular. As equipes do NASF com as equipes das unidades ainda é precária nesse aspecto. É uma atividade na coletividade que a gente participa é feita em uma associação de bairro, e participam a unidade do Piauí a unidade do Jaguará, o NASF e o CAPS Lapa, que quem sabe que seja a experiência que mais se aproxima daquela tentativa de um enfoque que envolva uma rede mais da comunidade de uma intervenção mais voltada ao coletivo. Daí todos esses coletivos, da comunidade, das instituições, mas é um trabalho um pouco isolado nesse sentido em que se pensa em número de horas em relação às demais atividades. Mas é uma forma de intervenção de trabalho conjunto aí. (Psiquiatra NASF, 2010)

O profissional de psiquiatria aponta além de suas atribuições específicas e com a equipe, os desafios que se expressam no desenvolvimento das ações. Refere-se à grande pressão exercida pelo tradicional modo de trabalhar a saúde: o atendimento de agenda/consulta, pressionado tanto pela equipe como pela comunidade, acostumada a perceber o profissional como o executor de atendimento de consulta individual. Isto inclusive, na sua avaliação, reflete nos trabalhos coletivos propostos, como os grupos em que a participação tanto da equipe e da comunidade é incipiente.

No capítulo seguinte, esta questão será abordada quando se analisar como as equipes trabalham com as demandas sociais e como dentro da proposta da ESF e NASF os modos de organização do trabalho estão sendo operacionalizados.

Nas atribuições do profissional de psicologia, além das atividades comuns dentro da equipe e as específicas da psicologia, apresenta a responsabilidade de fazer o elo de ligação entre os profissionais que compõem o NASF do núcleo Lapa/Pinheiros, repassando as situações a serem acompanhadas, encaminhadas seja junto às equipes da ESF como dentro do próprio NASF.

Os profissionais do NASF se organizam em turnos de trabalho e em equipes diferenciadas. Por exemplo, no período da manhã podem desenvolver uma atividade na equipe A da Vila Jaguará e no período da tarde, estão na equipe B da Vila Piauí. No caso dos profissionais que estão nas 4 unidades de saúde da Supervisão Lapa/Pinheiros, esta rotatividade é ainda maior, muitas vezes estes profissionais só conseguem participar das

atividades da equipe uma vez ao mês, pois atendem as 18 equipes. O depoimento deste profissional destaca que:

Por ser a única profissional de 40 horas nessa constituição do NASF aqui nessa região, eu tenho um papel administrativo que outros participantes não tem, que é fazer a ligação com os profissionais que trabalham meio período de manhã, com os profissionais que trabalham meio período à tarde e com os outros profissionais de 40 horas, que transitam entre as quatro unidades. Então isso é uma coisa desse NASF. Além disso, tem o papel de acompanhar as reuniões, participar das reuniões das equipes de saúde da família que tem atendimentos em grupos e atendimentos individuais que aos poucos foram tomando um contorno importante aí, muita resistência das equipes e tudo, tem discussões de caso no NASF, no próprio grupo do NASF. A gente acaba discutindo algum caso, não num fórum grande, mas quando eu me encontro com outros profissionais, é a oportunidade que a gente tem, "que vai fulano, não sei que, eu vi, você viu," de juntar algumas informações. Uma outra atribuição que eu tenho feito pouco, são as visitas domiciliares, que eu acho que é a grande chave do PSF é fazer visita domiciliar e poder ver a família dentro de um contexto. Outra coisa importante é fazer trabalhos inter-setoriais, então trabalhar com a educação, com a saúde, com o serviço social. Várias esferas do cuidado é uma coisa que eu também tenho feito pouco, mas que seria uma atribuição minha. Então assim é uma coisa muito maior do que o atendimento ambulatorial individual continuado, que é o atendimento só você e o paciente, uma tentativa de dessas coisas todas é ampliar o olhar a respeito daquela família. O meu paciente não é uma pessoa, é uma família dentro de um contexto e isso muda bastante coisa. (Psicóloga NASF, 2010)

O destaque para o profissional de terapia ocupacional é a possibilidade da criação do vínculo entre as equipes, as atribuições quanto as atividades de grupo e reuniões de equipe e assim destaca:

O trabalho primordialmente é a reunião de equipe com a equipe da saúde de família, então eu só sou referência das 8 equipes dividindo 4 pra UBS Jaguará e 4 pra UBS Piauí. [...]. Então primordialmente é o contato com a equipe, porque sem ter esse contato não tem vínculo. [...] Então acho que hoje da pra falar isso, por que hoje eu to mais de 1 ano nessas duas equipes, então hoje eu tenho vínculo, sei as particularidades de cada pessoa dali, e da área, que essa equipe abrange, e aí o trabalho é feito em conjunto, normalmente são casos que a equipe tem uma certa dificuldade. A ideia é essa: casos que até são básicos, não da conta, entra o específico, não como particularidade diária, mas como uma particularidade de algo a mais pra poder discutir o caso e pra poder pensar melhor. Pode ser, consulta específica, pode ser uma visita domiciliar, pode ser um grupo terapêutico feito só pela especialidade ou não em conjunto. Eu atualmente tudo isso faço, atualmente o que tem, e a rede intersetorial que aí é você compor, e a onde você ta com outros serviços. Então

hoje eu faço juntamente como o psiquiatra que estamos na frente da saúde mental. [...] Então a gente tem um grupo que chama “*Sexta Feira com seu Vizinho*”, eu acho que é o meu menino de ouro assim, esse grupo por que ele abrange um projeto que é intersetorial é realizado pelas duas UBS, pelo Nasf, pelo CAPS LAPA, a gente conseguiu construir isso junto com profissionais de cada serviço, pra poder montar um grupo em território, por que esse grupo ele não é só de saúde, a gente pensou num grupo que pudesse trazer melhor qualidade de vida, melhor cultura, trazer outras questões que não só de saúde, então por isso propositalmente ele não é feito em nenhum desses serviços, ele é feito na comunidade pra que a pessoa, usuários possam ocupar mais o seu território também, e poder pensar em algo não só com cara de saúde, então é eu acho que a cara de arquitetura de rede, que é uma das funções do Nasf, que é articular a rede e aí nesse eu atuo como TO. (Terapeuta Ocupacional NASF, 2010)

Para o profissional de Serviço Social, as ações devem privilegiar ações de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social e maior integração entre serviços de saúde, seu território e outros equipamentos sociais, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais para realização efetiva do cuidado.

As ações de Serviço Social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social propiciando uma maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adstritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania. São atribuições do profissional de Serviço Social:

- Coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às ESF;
- Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as ESF;
- Discutir e refletir permanentemente com as ESF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;
- Atender às famílias de forma integral, em conjunto com as ESF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;
- Identificar no território, junto com as ESF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento;

- Discutir e realizar visitas domiciliares com as ESF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;
- Possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade, ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as ESF e a comunidade;
- Identificar, articular e disponibilizar com as ESF uma rede de proteção social;
- Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;
- Desenvolver junto com os profissionais das ESF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;
- Estimular e acompanhar as ações de Controle Social em conjunto com as ESF;
- Capacitar, orientar e organizar, junto com as ESF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda; e
- No âmbito do Serviço Social, identificar as necessidades e realizar as ações necessárias ao acesso à Oxigenioterapia. (BRASIL, 2008)

O profissional de Serviço Social atende às 18 equipes da ESF da área de abrangência da Supervisão Lapa/Pinheiros, além de atendimento direto à comunidade, é profissional de referência de nove (09) equipes da ESF, participa das reuniões do NASF e com as equipes.

Quanto às atribuições que desenvolve, destaca a realização de VD junto à equipe da ESF e com demais profissionais do NASF, orientação aos usuários. As demandas que surgem estão muito vinculadas à questão do idoso, abandono, violência e orientação para os benefícios sociais. Estas demandas chegam através das reuniões de equipe, onde há a necessidade de uma intervenção direta do profissional. Na perspectiva do profissional de Serviço social, o papel a ser desenvolvido junto às equipes e o NASF é:

O matriciamento, porque nós não ficamos só na UBS então a gente tem muito esse papel também de NASF, de buscar esse contato externo com outros equipamentos. Eu participo de um grupo de trabalho da região Lapa/Pinheiros que envolve instituições, abrigos, escolas, saúde, envolve vários equipamentos aqui, centros de juventude os antigos CJs, para pensar mesmo em ações coletivas. Dentro desse grupo veio uma demanda da escola de uma criança espancada, veio, através de relatório. E o desafio e o jeito todo de chegar nessa mãe. Eu faço parte também da rede de PAZ que trabalha essa questão de violência, e uma das coisas que a gente aprende, e a gente já tinha isso cada vez mais vai sedimentando, que é você ter o olhar para o agressor, porque em um certo momento o agressor mexe em conteúdos internos teus, que te dá muita raiva, mas você não pode ficar nesse papel, você também tem que olhar para esse agressor e o

quanto ainda tem profissionais dentro do Programa Saúde da Família e que aí que eu acho que entra o matriciamento e uma coisa fica ligada a outra, de você tentar mostrar o outro jeito. (Assistente Social NASF, 2010)

O profissional de Serviço Social desenvolve um papel estratégico junto às equipes e no NASF, pois defende-se que é este profissional que traz o elo da integralidade das ações para o conjunto dos profissionais ao trabalhar com as demandas de saúde e as sociais.

Vale ressaltar que a justificativa para tal afirmação não é corporativa, mas baseada nas contribuições que um profissional como o assistente social pode trazer para um programa voltado para a atenção integral à saúde. Considera-se que o Serviço Social - sendo uma profissão que assumiu compromisso ético-político “com a democracia, a liberdade e a justiça social” (CFESS, 1993, p.17), por trabalhar com as expressões da questão social e uma formação teórico-metodológica que o habilita a lidar com a realidade da classe trabalhadora em seu cotidiano, desempenha um importante papel nesta construção.

Esta constatação já foi realizada no estudo de Wiese (2003) que aponta que a inserção do profissional na ESF trouxe elementos diferenciados dentro da equipe, concretizando ações coletivas e auxiliando os profissionais da ESF a reverem seus modos de pensar e agir no cotidiano profissional, garantindo e/ou buscando a integralidade das ações dentro da equipe.

Mas na dinâmica de trabalho deste profissional que atende a 18 equipes e é profissional de referência de nove (09) equipes nas reuniões, acompanhar todas as demandas sejam elas da equipe ou as específicas de Serviço social se torna uma tarefa difícil. Ao destacar como percebe o trabalho do Serviço Social junto às equipes e NASF assim destaca:

[...] a proposta seria matricular, seria fazer um trabalho de promoção de saúde, mas eu ainda não consigo ter nesta unidade um trabalho de promoção de saúde, porque eu entro ainda muito nos incêndios, nos casos, eu tenho grupos só lá no Pêra que a gente faz o grupo de convivência [...]. A gente ficou um período sem fazer, por conta que a unidade é muito pequena, então a gente usa os recursos da comunidade, então, a gente vai em um espaço, para fazer cinema, usa o salão da igreja, usa a casa da cidade que é um espaço que a gente estava usando mas teve reforma e a gente ficou sem fazer o grupo [...]. Só que eu não consigo trabalhar muito com grupo. A gente tem duas favelas que são situações muito complicadas, de muita vulnerabilidade, mas eu não consigo ainda criar espaços grupais, porque, por conta dessa demanda, eu tenho nove equipes que eu sou dupla de referência. O que acontece, alguns profissionais do NASF são fixos, eles tem apenas uma equipe em cada UBS. Eu, a fono, o educador físico, e a nutricionista rodamos as quatro unidades. Eu

tenho nove equipes. A fono acho que tem oito. A nutricionista acho que tem sete ou oito, e o educador agora também está entrando. Então, acaba sendo até mais uma sobrecarga para alguns profissionais, que é o jeito, a gente vai se adequando. Eu estava pensando um pouco nesses conceitos do serviço social, nem sempre de uma forma conceituada, que são esses conceitos de matriciamento, de resiliência, buscar essa integralidade do atendimento, e eu acho que com esse trabalho do NASF a gente busca isso o tempo inteiro. Eu vejo, enquanto Assistente Social, a gente sempre tem esse papel de mediação. Mas eu acho que para mim isso está sendo muito mais acentuado nesse trabalho porque o tempo inteiro, nós Assistentes Sociais, temos um trabalho muito grande, importante, de ser esse elemento agregador e acho que a gente acaba tendo isso o tempo inteiro. (Assistente Social NASF, 2010)

No capítulo seguinte, se abordar-se-ão as questões aqui já levantadas, articulando os desafios que se colocam a todos os profissionais na concretização de ações mais humanizadas e usuário-centradas, como é a proposta que se busca alinhar ao se discutir os processos de trabalho na atenção básica.

No que se refere aos profissionais de reabilitação como os fisioterapeutas e fonoaudiólogos, as ações devem propiciar a redução de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua inclusão social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde<sup>45</sup>.

O processo de reabilitação, tendo em vista seu compromisso com a Inclusão Social, deve ocorrer o mais próximo possível da moradia, de modo a facilitar o acesso, a valorizar o saber da comunidade e a integrar-se a outros equipamentos presentes no território.

Assim, é fundamental que os serviços de atenção básica sejam fortalecidos para o cuidado da população com deficiência e suas equipes tenham os conhecimentos necessários à realização de uma atenção resolutiva e de qualidade, encaminhando adequadamente os usuários para os outros níveis de complexidade quando se fizer necessário.

Os resultados das ações deverão ser constantemente avaliados na busca por ações mais adequadas e prover o melhor cuidado longitudinal aos usuários. Nesta direção, são atribuições dos fisioterapeutas e fonoaudiólogos:

➤ Realizar diagnóstico, com levantamento dos problemas de saúde que requeiram ações de prevenção de deficiências e das necessidades em termos de reabilitação, na área adstrita às ESF;

---

<sup>45</sup> A Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência - Decreto nº 3.298, de 20/12/1999 - compreende que as deficiências podem ser parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indicam necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente.

- Desenvolver ações de promoção e proteção à saúde em conjunto com as ESF incluindo aspectos físicos e da comunicação, como consciência e cuidados com o corpo, postura, saúde auditiva e vocal, hábitos orais, amamentação, controle do ruído, com vistas ao autocuidado;
- Desenvolver ações para subsidiar o trabalho das ESF no que diz respeito ao desenvolvimento infantil;
- Desenvolver ações conjuntas com as ESF visando ao acompanhamento das crianças que apresentam risco para alterações no desenvolvimento;
- Realizar ações para a prevenção de deficiências em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos;
- Acolher os usuários que requeiram cuidados de reabilitação, realizando orientações,
- Atendimento, acompanhamento, de acordo com a necessidade dos usuários e a capacidade instalada das ESF;
- Desenvolver ações de reabilitação, priorizando atendimentos coletivos;
- Desenvolver ações integradas aos equipamentos sociais existentes, como escolas, creches, pastorais, entre outros;
- Realizar visitas domiciliares para orientações, adaptações e acompanhamentos;
- Capacitar, orientar e dar suporte às ações dos ACS;
- Realizar, em conjunto com as ESF, discussões e condutas terapêuticas conjuntas e complementares;
- Desenvolver projetos e ações intersetoriais, para a inclusão e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência;
- Orientar e informar as pessoas com deficiência, cuidadores e ACS sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional frente às características específicas de cada indivíduo;
- Desenvolver ações de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) que pressuponham valorização do potencial da comunidade, concebendo todas as pessoas como agentes do processo de reabilitação e inclusão;
- Acolher, apoiar e orientar as famílias, principalmente no momento do diagnóstico, para o manejo das situações oriundas da deficiência de um de seus componentes;
- Acompanhar o uso de equipamentos auxiliares e encaminhamentos quando necessário;
- Realizar encaminhamento e acompanhamento das indicações e concessões de órteses, próteses e atendimentos específicos realizados por outro nível de atenção à saúde; e
- Realizar ações que facilitem a inclusão escolar, no trabalho ou social de pessoas com deficiência. (BRASIL, 2008)



No depoimento de um profissional de fisioterapia, o destaque para as suas ações são:

Eu participo das reuniões de equipe, sou referência de seis equipes, então entram bastante, a gente discute cada caso para tentar achar um caminho terapêutico para o paciente, eu participo de grupos que eu faço com o pessoal, com os usuários, o meu grupo é de incontinência urinária e eu faço um projeto também acamados e dependentes, então eu visito todos os usuários mesmo que eles não tenham necessidade de visitar, eu estou visitando e conhecendo todo mundo e repassando para a equipe os problemas que existem, problemas de todas as áreas, físico, psíquico, da área social da área da fono, da nutrição e tento dar uma devolutiva para eles. (Fisioterapeuta NASF, 2010)

Na observação das atividades dos fisioterapeutas, pode-se acompanhar o grupo de fisioterapia que é realizado com o intuito de atender aos usuários que precisam de atendimento de fisioterapia e não necessitam de equipamentos específicos e que podem ser realizadas na própria unidade.

Os usuários são encaminhados pelos médicos para uma avaliação com o fisioterapeuta. O atendimento é consulta coletiva, “diria que chegou mais perto do que se diz acolhimento” (WIESE, 2010), pois fez uma escuta qualificada, identificou os motivos de cada usuário e foi orientando coletivamente a todos conforme as necessidades, já contribuindo com um momento de socialização de informações e orientações no que se refere a fisioterapia. Nas impressões do Diário de Campo, destacam-se:

O Fisioterapeuta ouve a queixa e o motivo de cada um estar no atendimento e foi dando os encaminhamentos necessários. Cada um que lá esteve pode ser acompanhado pela equipe mesmo e pelo seu grupo de atividade e exercícios de fisioterapia. O grupo dele acontece a 3ª feira e a 5ª feira. No grupo de 3ª feiras é a cada 15 dias e o grupo das 5ª feiras é toda semana. As pessoas escolhem qual dia fica melhor para eles e assim foi marcado cada um a participação no grupo para atividades que possam melhorar os sintomas que os usuários trazem. A maioria das queixas é lombalgias provocadas por má postura e esforços físicos mal realizados. (WIESE, 2010)

Esta foi a primeira aproximação na identificação das demandas e atribuições que os profissionais do NASF exercem. Por ser implantado recentemente e por se tratar de um serviço totalmente novo no âmbito da atenção básica, muitos são os desafios a alcançar.

Diante da identificação das atribuições e modos de operar a saúde em sua cotidiano de trabalho das equipes da ESF, através dos processos de trabalho instituídos, permite que se

analise uma das propostas de alteração dos antigos processos de trabalho que é o acolhimento. Esta questão será abordada no próximo item.

#### 4.4 A DIMENSÃO DO ACOLHIMENTO NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DA ESF

O acolhimento surge como proposta de reorientação da atenção à saúde. Ele tem sido analisado como processo e estratégia na reorganização da assistência em diversos serviços de saúde, buscando a inversão do modelo tecnoassistencial de modo a garantir o princípio da universalidade no atendimento e a reorganização do processo de trabalho. Trata-se de um dispositivo que vai muito além da simples recepção do usuário numa unidade de saúde, considerando toda a situação de atenção a partir de sua entrada no sistema.

No primeiro e no segundo capítulo, destacou-se a relação existente entre o modelo de saúde com o processo de trabalho, evidenciando este processo no espaço da ESF, defendendo que as práticas profissionais em saúde devam ter como objeto não a cura, mas da produção da saúde.

Quando discutido o processo de trabalho na ESF, destacou-se a importância do acolhimento como uma proposta de reordenamento dos processos de trabalho em saúde, principalmente no âmbito da atenção básica, pois é um espaço que possibilita o desenvolvimento de práticas acolhedoras, pois a relação/vínculo entre profissionais e usuários e comunidade é muito mais próxima.

Foi abordado com os profissionais procurando identificar se as equipes realizam o acolhimento e como é entendida esta prática na organização do trabalho. Seguem, dois relatos de como é entendido e organizado o acolhimento nas equipes:

O atendimento é feito por toda a unidade, desde a entrada do usuário na recepção até uma sala, que é a sala de procedimento, que ela vai para o acolhimento. Qualquer paciente que tenha alguma queixa, precisa de alguma orientação... porque o acolhimento envolve tudo, orientação, demandas, queixas, solução de problemas, ouvir. Então ele começa pela recepção; a recepção encaminha o paciente para a sala de procedimento, onde tem o auxiliar de enfermagem, que escuta e de acordo com essa escuta qualificada, ele encaminha para a avaliação da enfermeira, e a enfermeira através de **“uma nova escuta qualificada”** [grifo nosso] encaminha ou, para o profissional médico ou para grupo, ou para o NASF, ou dá uma diretriz para esse usuário. Então esse

acolhimento é desde quando o paciente entra; chegou ali na recepção, ele é acolhido. (Enfermeira 02, 2010)

Na verdade o acolhimento ele começa mesmo na recepção, a pessoa entra, apresenta alguma queixa e as meninas mandam aqui para nós, ou às vezes a gente mesmo verifica que tem uma necessidade de acolhimento e a gente mesmo faz esse acolhimento. Mas normalmente as pessoas/pacientes aqui entendem o **“acolhimento como pronto-atendimento”** [grifo nosso]. No primeiro momento funciona assim, acolhimento é pronto atendimento. A pessoa chega com alguma queixa, vem aqui com a gente, reclama da queixa, a gente escreve, passa para a enfermeira, a enfermeira que decide se vai ao médico ou não, alguns casos a gente mesmo manda, ou marca consulta ou vai para o AMA. (Auxiliar de Enfermagem 01, 2010)

Nos depoimentos acima destacados, há duas questões que se ressaltam: o entendimento de que ao encaminhar as demandas dos usuários à enfermeira, se terá uma nova escuta qualificada e que o acolhimento é um pronto-atendimento. Quando o acolhimento é uma estratégia reestruturante de atendimento aos usuários no espaço da ESF, este não pode ser compreendido como uma atividade parcelar, específico de cada categoria profissional.

O acolhimento acaba sendo identificado como uma triagem humanizada. Com retaguarda do médico e do enfermeiro, que não participam diretamente do acolhimento, ou quando assumem o fazem numa perspectiva clínica.

Cada trabalhador dentro de sua área de formação realiza o acolhimento, entendendo que está garantindo esta prática porque se faz a escuta qualificada. A proposta do acolhimento é que ela seja um trabalho de dimensão coletiva, envolvendo vários profissionais no desenvolvimento do acolhimento. E, isto não significa que primeiro quem ouve a queixa/necessidade do usuário/paciente é o auxiliar de enfermagem, que depois repassa a enfermeira, que reencaminha ao médico, que pode reencaminhar ao NASF e o usuário em todos os atendimentos tendo que repetir sua necessidade/queixa.

Entendendo que o acolhimento se constitui em uma prática da ESF, seria adequado que todos os profissionais o realizem, pois acolher, embora incorpore a dimensão clínica, não se restringe a ela. Assim, trabalhadores que não operam, no cotidiano de seu trabalho, com o saber clínico podem realizar acolhimento, ainda que para essa atuação precisem de algumas discussões, na equipe, dos casos acolhidos. Neste sentido, a inserção do profissional médico nessa atividade não deve limitar-se à retaguarda.

A prática do acolhimento envolve o acolher, receber o usuário, criar o vínculo com ele e, principalmente, saber identificar qual a real necessidade que o usuário expressa quando

procura um serviço de saúde, ou seja, que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada. Então o acolhimento deve:

Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional - Equipe de Acolhimento -, que se encarrega da escuta do usuário, se comprometendo a resolver seu problema de saúde; qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999, p.345)

Este é o desafio, no âmbito das alterações do processo de trabalho, ao eleger o acolhimento como uma prática a ser desenvolvidas na ESF. A escuta qualificada não poderia ser realizada coletivamente, envolvendo mais de um profissional ao mesmo tempo no atendimento deste usuário/paciente? Os fluxos de atendimento deveriam ser organizados a partir das necessidades dos usuários. Porque o profissional de enfermagem tem uma escuta mais qualificada que o auxiliar de enfermagem? As equipes poderiam pensar em realizar o acolhimento inicial com os profissionais auxiliares de enfermagem e enfermeira/o. Mas isto exige toda uma reestruturação das formas de organizar os serviços de saúde, ou seja, alterar de fato os antigos processos de trabalho.

Entre as dificuldades apresentadas para a realização do acolhimento, aparecem a falta de articulação da equipe, não compreensão do processo de trabalho, falta de protocolos clínicos. Contudo, o acolhimento representa um grande avanço e coloca novos desafios para a construção de processos de trabalho em saúde. Com base em Leite, Maia e Sena (1999), verifica-se que a concepção e a prática do acolhimento é:

[...] é praticado como mais uma atividade, mais um “setor”, uma sala, um “caixotinho” dentro da unidade. Com instrumentos próprios, lugares próprios, agentes próprios, como se fosse mais um serviço, sendo oferecido. Há lugar, hora e separação por clínica para a oferta do “acolhimento”. (p.164)

Esta questão aparece na fala de um profissional, destacando que o acolhimento é priorizado na sala de procedimentos, mas quando há vínculo, o acolhimento não precisa ser nesta sala, já se é atendido diretamente. Esta questão levanta a dúvida de onde, em que lugar este acolhimento é realizado. Remete a pensar que deve ser atendimento de corredor, de recepção, sem garantir uma escuta e atendimento qualificado e que envolva mais profissionais da equipe.

Quanto ao acolhimento, a gente dá preferência em realizar o acolhimento na sala de procedimentos. A pessoa teoricamente tem que passar pela recepção, na recepção se faz o prontuário e leva-se para os auxiliares que estão atendendo na sala de procedimentos, só que como a gente trabalha com PSF, muitos pacientes criam vínculo com a gente, então, muitos pacientes vem direto falar conosco, então, até acabamos acolhendo, sem passar pela sala de procedimento, porque às vezes é um paciente que já conhecemos, já sabemos da necessidade, então, acabamos atendendo, vamos atrás do prontuário, às vezes ele precisa de uma ambulância, está precisando de um remédio de alto custo, que, já sabemos como funciona, em vez de perder o tempo de falar para ele ir para a sala de procedimento, e depois, ter que vir de novo com a gente, que somos da equipe, então acabamos acolhendo já nesse momento. (Auxiliar de Enfermagem 04, 2010)

O trabalho em equipe e a coresponsabilização em relação aos usuários favorecem o acesso à atenção básica, otimizando seus serviços, evitando filas nesse e nos demais níveis de atenção. Isso possibilita formas de interação entre profissionais e usuários do sistema de saúde, qualificando seus vínculos de modo que todos sejam protagonistas desse processo de cuidado, no qual são destacados os aspectos sociais e subjetivos, paralelamente aos aspectos técnico-científicos.

O acolhimento deve ser visto como uma estratégia para a aplicação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, que permita identificar as necessidades, riscos e vulnerabilidades do usuário/paciente, de modo a ofertar o encaminhamento adequado dessas necessidades, segundo os princípios do SUS.

Nesse sentido, Merhy (2007) destaca que o acolhimento é um elemento inicial do processo de trabalho em saúde, centrado em tecnologias leves, as quais se referem ao cuidado no seu sentido mais amplo, não exigindo conhecimentos profissionais específicos. Isso difere da organização atual dos serviços de saúde, centrada nas tecnologias duras, intrinsecamente dependentes de equipamentos e nas leve-duras, caracterizadas pelo domínio de um núcleo específico de conhecimentos, como a consulta médica ou de enfermagem.

Inserir-se nesta discussão a importância do reconhecimento dos processos intercessores no acolhimento, primeiramente porque é atributo de uma prática realizada por qualquer profissional de saúde na relação com o usuário e se opera processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que:

[...] visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, que se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenções, que objectivam atuar sobre as necessidades

em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção de saúde. (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999, p.346)

O acolhimento pressupõe alguns princípios e objetiva a desconstrução da ideia de que o médico é o profissional autorizado a falar de saúde. Aliado a esta tendência, que também se desconstrua a prática parcelar, em que cada profissional cuida de sua especificidade, não possibilitando que olhares e ações multiprofissionais possam se concretizar nas ações cotidianas de trabalho.

A organização do trabalho, ainda está centrada na consulta médica, operando com o conhecimento clínico-biológico de cunho fisio-patológico, no qual as tecnologias leve, ou seja as tecnologias de relações, assumem um papel secundário em relação às tecnologias leve-dura, ou seja os saberes instituídos. O uso de tecnologias leve, por parte dos trabalhadores no acolhimento, quando ocorre, é de forma limitada, ou seja, não incorpora uma intervenção sobre os determinantes e condicionantes do problema, que os fez procurar o serviço de saúde.

Na pesquisa, ao analisar o conceito e forma de realizar o acolhimento nas equipes da ESF, cada profissional traz o conceito com parâmetro em sua atuação profissional. O médico fala do acolhimento médico; a enfermeira fala do acolhimento de enfermagem; os ACS falam do acolhimento do agente.

Sim, existe acolhimento, na agenda do enfermeiro tem a consulta e tem a procura do dia, que são as PDs. De acordo com a demanda, o paciente chega ao balcão, pede para passar pelo acolhimento, é agendado com o enfermeiro, e o acolhimento se restringe à queixa e à conduta. Qual é a queixa, e a nossa conduta é em cima daquela queixa; a gente não faz uma consulta completa de enfermagem. Atendemos aquela queixa dele, e se for o caso, passamos para a médica que atender, ou orientamos, ou se for algo mais grave encaminhamos para o pronto socorro. E as procuras do dia são colocadas na agenda da seguinte forma: a cada duas consultas é encaixado um acolhimento. (Enfermeira 01, 2010)

O acolhimento se apresenta como um modelo clínico-biomédico, no qual o atendimento é realizado com base no modelo queixa-conduta e como uma forma de triagem apoiada em práticas conflitantes (normalização administrativa versus gravidade/risco biológico). As ações de encaminhamento não utilizam a potencialidade de outras intervenções oferecidas pela ESF, como grupos educativos, grupos de caminhada, entre outros, e se pautam na derivação para consulta médica. Não relacionam o perfil epidemiológico para desenvolverem ações coletivas, que possam impactar nas demandas individuais por saúde.

Outro entendimento é que o acolhimento se realiza na sala de triagem, geralmente vinculado a ideia de que é o profissional auxiliar de enfermagem que o realiza, ao ter a primeira conversa com o usuário/paciente e que é através deste atendimento que se identifica para qual necessidade o usuário/paciente necessita. Alguns relatos dão conta desta realidade ao evidenciar como é realizado o acolhimento e qual a concepção que se tem sobre este processo:

O acolhimento é feito todo dia, toda hora, a todo momento, a todo instante pode aparecer uma pessoa aqui na porta do consultório e a gente tem um fluxo de acolhimento. Geralmente se a pessoa vem aqui sem uma consulta marcada, não tem o dia marcado, tem uma demanda, a gente encaminha para a sala de procedimento, ela é acolhida pelo auxiliar de enfermagem que fica naquela sala o dia inteiro, ele passa a demanda conforme for necessário para a enfermeira de imediato ou se é uma outra demanda ele encaminha para a consulta então lá de baixo na sala de procedimento que sai o fluxo. Às vezes vai para avaliação médica de imediato se é um caso de urgência, emergência, a gente encaminha para o AMA, senão tudo é acolhido no posto na sala de procedimento, e é da sala de procedimento que se dá os encaminhamentos. (Médica 02, 2010)

Tem a sala do acolhimento onde o paciente traz a queixa dele, é passado...antes de passar para o médico, é passado pela enfermeira, então a gente acolhe a queixa, se a gente conseguir dar continuidade no tratamento, a gente dá, senão é passado para o médico da equipe. No acolhimento, quem ouve a primeira queixa do paciente é o auxiliar de enfermagem. Aí ele traz para o enfermeiro, e se a gente conseguir, como eu falei, se a gente conseguir dar continuidade a gente dá, senão a gente passa para o médico. (Enfermeira 03, 2010)

Os profissionais ACS dada a sua característica de trabalho, que estão mais próximos às famílias, em seus domicílios e mesmo tendo que cumprir uma série de atividades ao realizarem a VD, trazem uma perspectiva interessante ao destacarem quando realizam ações de acolhimento. Destacam-se alguns exemplos como:

ACS 1: Geralmente a gente faz a busca ativa.

ACS 2: A gente vai conversar com a família, pessoa, verificar qual é o problema e a gente vai passar... A gente manda e traz para a enfermeira, para os auxiliares, para eles, e eles encaminham. A gente faz a busca ativa mesmo. (Grupo ACS 01, 2010)

ACS 1: A visita da gente já é um acolhimento que a gente faz da família. Então aí vai depender da necessidade da pessoa ou da família. Mas nós fazemos acolhimento, porque a gente que vai na casa da pessoa.

ACS 2: Passar orientação para eles estarem vindo aqui, e o acolhimento daqui é com as auxiliares (GRUPO ACS 04, 2010).

ACS 2: Na questão do acolhimento uma questão que nós temos muito é que temos muitos idosos e eles sentem a necessidade de conversar, tem coisas particulares deles que eles não podem falar para a família ou não conseguem falar com a família, então quando eles encontram a gente “ah, entra aqui um pouquinho” e já vão contando e conversando, falando. Então eles muitas vezes eles esquecem até que a gente é a gente e acha que a gente é uma amiga que vai lá para bater papo junto com eles, e uma necessidade. E de certa forma a gente passa mesmo a ser um membro da família, de mês após estar indo, lá naquela casa então e às vezes somos até mais porque às vezes tem até um parente que não vem visitar, sem tanta frequência e a gente está ali. (Grupo ACS 03, 2010)

Surge também na prática do ACS a compreensão que a acolhida se faz com a busca ativa, ou seja, com a identificação das necessidades e demandas (saúde/doença) da população atendida, principalmente em seu domicílio e que estes devem ser encaminhados à equipe de enfermagem.

Como destacado anteriormente, os ACS estão muito mais presos em preenchimento de fichas, cadastros, identificação de quem na comunidade se encontra “doente”, “compensado”, “tratado”, do que perceber a dinâmica das próprias pessoas dentro do seu território: suas alegrias, tristezas, solidão, medos, entre outros.

Sobre este aspecto, um dos grupos de ACS abordou, ao relacionar que acolhimento está na possibilidade de conversar, dialogar com as pessoas da comunidade, perceber as alegrias e tristezas que perpassam as famílias, a questão do idoso com seu temor de abandono, violência, solidão e morte.

Os usuários querem ser acolhidos. Quando se destacou no início do capítulo que as demandas são geradas tanto pelas necessidades dos usuários como do próprio serviço e trabalhadores de saúde, tem-se no espaço do acolhimento, uma grande oportunidade de pensar e repensar esta estratégia de trabalho, que é vista como fundamental para iniciar novas formas de produzir saúde, ou seja, estabelecer novos processos de trabalho na atenção básica.

Outro aspecto que se ressaltou, quanto ao acolhimento é como acolher as pessoas que não moram na área de abrangência, mas trabalham, passam o dia todo na região de atendimento da equipe e por alguma eventualidade e necessidade precisam de atendimento de saúde. As diretrizes da ESF destacam que o atendimento das equipes estão restritas a sua área de abrangência geográfica e igualmente as pessoas que moram nesse espaço geográfico é que serão atendidas por uma determinada equipe.



A realidade é muito mais dinâmica que as regras instituídas pelos modelos de saúde que regem os serviços de saúde. A questão de existirem pessoas que passam o seu dia em outro local que não seja o de sua moradia é uma situação a ser pensada. Ainda mais na realidade da cidade de São Paulo, em que as pessoas não trabalham perto de suas residências e raramente estão dentro da área geográfica do atendimento de alguma equipe da ESF ao qual está vinculado.

Numa das observações realizadas (WIESE, 2010), destacava um dos profissionais da ESF que em certa VD realizada num estabelecimento comercial, identificou uma funcionária que mantinha nos fundos da loja seu bebê recém-nascido, pois não tinha ninguém para cuidar da criança e ambas moravam em outra região da cidade e portanto, fora da área de abrangência de atendimento de saúde.

Diante da situação, a equipe realizou atendimento a esta mãe e seu bebê, independente de serem ou não vinculados e cadastrados por aquela equipe.

Mas pelas questões burocráticas colocadas, não há possibilidade de registrar este atendimento e o mesmo não é contabilizado. E a própria mulher e o bebê não poderiam mais serem atendidos pela equipe, pois estavam fora dos critérios.

Uma das entrevistas realizadas evidencia bem esta contradição da própria organização dos serviços de saúde e também da concepção que se tem de acolhimento. Neste sentido, destaca-se, quando se pergunta se o acolhimento é realizado pela equipe:

Sim, tem que acontecer, apesar de nós sabermos que não estamos aqui para isso, mas tem que ter esse acolhimento inclusive, aqui, não é muito o que acontece porque às vezes é muita gente que não mora na área, não mora no bairro, então acaba usando como se fosse um pronto-socorro. Muitas pessoas que trabalham aqui moram em outro local. Aqui é uma região perto de marginal, tem muitas firmas, então o pessoal que trabalha aí nas firmas, acontece de eles estarem usando aqui. Mas esses acolhimentos na realidade deveriam ser mais voltados para as pessoas moradoras do bairro pelo fato de já conhecermos, já termos um vínculo, isso facilita muito, tanto para o paciente como para nós. Então, de repente vou atender uma paciente que eu já sei qual é a dinâmica dela, qual é a dinâmica familiar, o que ela usa, o que ela não usa, o que poderia estar acontecendo para ela estar naquele estado, isso é uma questão importante, isso é uma coisa que tem que acontecer mesmo. Apesar de nós não estarmos aqui para isso, mas esses acolhimentos, essas eventualidades que acontecem, que podem acontecer, e podem ser resolvidas aqui mesmo, isso seria o ideal. (Médica 01, 2010)

Quando perguntado se a equipe cadastra pessoas nestas situações, a realidade mostra que as equipes trabalham com a seguinte problemática:

Não cadastramos, mas atualmente como a gente tem que ter um número “X” de famílias, muitas vezes não atinge esse número, então acontece que as pessoas que trabalham em regiões por aqui, estão começando a serem cadastradas. Porque na realidade, assim, se for pensar, pelo outro lado, elas passam a maior parte do tempo aqui, no trabalho, muitas pessoas que trabalham em casas de famílias, a gente tem cadastrado, até para facilitar inclusive para o paciente mesmo. (Médica 01, 2010)

Esta questão traz elementos importantes a serem pensados, principalmente quando se tem o acolhimento como uma proposta de acolher, receber os usuários aos serviços de saúde.

Primeiramente é a identificação de que quando cadastram as famílias, não é no sentido de garantir atendimento de saúde, pautados pelos princípios da política de saúde, mas uma preocupação de terem cadastrados o número de famílias/pessoas necessárias em sua área de abrangência. Exigência esta que vem das diretrizes municipais e federal.

Outra questão é a forma de organização dos próprios serviços de saúde. Para o trabalhador, o seu horário de trabalho é o mesmo horário em que todos os demais serviços funcionam. Ou seja, se o trabalhador necessitar de atendimento de saúde, ele terá que fazer uma escolha, entre ir ao trabalho ou procurar um serviço de saúde, sabendo que não há como atender as duas necessidades ao mesmo tempo.

A outra escolha pode ser a procura por um pronto socorro para atender sua necessidade de saúde. Então se recai novamente sobre a histórica ênfase de que os problemas de saúde devem e são tratados com mais rapidez no pronto socorro, não quebrando a histórica prática e concepção de que este é o melhor lugar para se cuidar da saúde.

A partir dos posicionamentos e práticas desenvolvidas pelos profissionais da ESF, o acolhimento não poderia ser entendido e realizado de outra forma, se todo o trabalho da equipe ainda está preso ao velho modelo de produzir saúde, ou seja, parcelar, fragmentado, preso às especificidades profissionais, entendendo que cada profissional, dentro de sua área de formação, ao atender o usuário está garantindo o acolhimento.

Isto, reduz também o próprio entendimento do que seja escuta qualificada, pois se a escuta fosse de fato qualificada, não necessitaria o usuário/paciente, ter que passar desde o auxiliar de enfermagem até o médico para ter seu atendimento garantido. É estabelecimento mais que concreto do modelo médico-centrado, refletindo aquilo que a ESF quer combater, ou seja, o modelo flexneriano de saúde. Neste sentido:

A organização parcelar do trabalho, fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico. A super especialização, o trabalho fracionado, fazem com que o profissional de saúde se aliene

do próprio objeto de trabalho. Desta forma, ficam os trabalhadores sem interação com o produto final da sua atividade laboral, mesmo que tenham dele participado, pontualmente. Como não há interação, não haverá compromisso com resultado do seu trabalho. (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999, p.352)

Algo que deve ficar evidente no processo do acolhimento é que mesmo havendo a preocupação de reorganizar as demandas, como acontecem em todas as ESF - e isto vem ao encontro da necessidade de se reorganizar as práticas para que não estejam envolvidas apenas no atendimento de consultas médicas -, o mesmo não terá resultados efetivos, se realmente o espaço do acolhimento não for entendida como um espaço primordial de acolhida, de criação de vínculo e preocupado com as falas e necessidades dos usuários. Neste sentido, destaca-se que:

Como etapa do conjunto do processo de trabalho que o serviço desencadeia, na sua relação como o usuário, o acolhimento pode analiticamente evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários (portadores das necessidades centrais e finalísticas de um serviço) estão submetidos, nas suas relações com o que os modelos de atenção constituem como verdadeiros campos de necessidades de saúde, para si. (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999, p.346)

Portanto, a partir do entendimento que o acolhimento possa ser um instrumento de transformação das práticas profissionais o mesmo também reflete na diretriz de um modelo assistencial de saúde e que aparece consoante a conjuntura de mudanças, que estão sendo disputadas no cenário das Políticas de Saúde no Brasil.

Então, se o acolhimento está fundado no discurso da inclusão social, na defesa do SUS, na possibilidade concreta da reorganização da gestão e dos serviços de saúde e nas formas de desenvolvimento das práticas profissionais, os ganhos se centram tanto para o usuário pela satisfação com os resultados diante do atendimento como para os trabalhadores, por desenvolverem uma prática profissional que satisfaça a realização pessoal e coletiva porque envolve a eficácia e efetividade das ações.

O presente capítulo objetivou analisar como se estabelece no cotidiano de trabalho as demandas e o processo de trabalho dos profissionais da ESF e NASF, relacionando com as formas de acolhimento realizadas com os usuários, indicando questões relacionadas com o social.

No próximo capítulo, a análise do social a partir das demandas sociais será explicitada, apontando possibilidades de trabalho com este social, a partir de práticas humanizadas, dentro do que propõe a Política Nacional de Humanização no SUS e na atenção básica.

## **CAPÍTULO V - CONSTRUINDO A POSSIBILIDADE DO TRABALHO COM O SOCIAL NA SAÚDE**

O que se tem discutido e evidenciado até o presente momento é que em sua proposta, a ESF busca romper com paradigmas cristalizados historicamente, visando incorporar um novo olhar, pensar e fazer, em que os focos passem a ser a saúde e não a doença; a família e não o indivíduo; a equipe e não o médico e a intersetorialidade e não um setor isolado. Também propõe como base para o trabalho a territorialização, a vinculação com a família/população, o enfoque multi/interdisciplinar a partir da disciplinaridade, as ações intersetoriais e o estímulo à participação social.

Entende-se que esta discussão corrobora com o eixo aqui defendido, da importância do trabalho com o social na saúde, mas esta transformação de paradigmas, dos modos de pensar e fazer saúde não se alteram, sem que não haja um processo de ampliação de identidades e interesses que conformam uma nova relação entre Estado e sociedade, entre os gestores e trabalhadores e entre os trabalhadores e usuários.

Esta transformação não ocorrerá se no interior das práticas profissionais não se alterarem os processos de trabalho, discussão já realizada no primeiro capítulo, ao destacar que a saúde se encontra no setor de serviços e que pela sua característica, não produz valor de troca, mas estabelece valor de uso (OLIVEIRA, 2010; CAMPOS, 2007a).

Outro ponto importante é compreender que no âmbito dos processos de trabalho em saúde há um tensionamento entre as demandas feitas pelos usuários e a capacidade de resposta dos profissionais as mesmas e, que estas demandas se confundem, muitas vezes ao serem entendidas como necessidades do usuário, mas na verdade se traduzem em necessidades de saúde.

Esta questão pode ser vista como conceito de valor de uso das práticas de saúde. Para Campos (2007a; 2007b), na sociedade capitalista o conceito marxista de valor de uso, expressa a utilidade do produto e permite seu consumo, sendo esta utilidade proporcional à suposição de que o produto em questão pode responder a necessidades. Valor de uso, portanto, não equivale à necessidade social.

Oliveira (2010), corroborando com Campos (2007a; 2007b), acrescenta destacando que os produtos (bens/serviços/práticas) são meios com capacidade potencial de atender às necessidades sociais. Entretanto, acontece que na sociedade capitalista, os produtos são

ofertados como se fossem equivalentes às necessidades, manobra ideológica que parte dos interesses do capital, transformando meios em fins.

Este modelo pode ser exemplificado com a forma de consumo de consultas médicas, realização de exames e o consumo de medicamentos passam a ser vistos como sinônimos de saúde em si mesmos. Nesse sentido, coloca-se um desafio de “promover o deslocamento do valor de uso dos bens e serviços da ideia direta de atendimento a necessidades sociais. Esse deslocamento desvincularia a ideia de atendimento das necessidades de saúde dos parâmetros de produtividade de procedimentos. A oferta de serviços não é sinônimo de produção de saúde” (OLIVEIRA, 2010, p.32).

Se há uma equivalência entre o valor de uso das práticas e as necessidades de saúde às quais essas práticas têm potencial para responder, também existe, no momento da demanda, uma equivalência entre consumo de determinadas práticas consideradas pelo sujeito demandante como portadores de maior valor de uso e a satisfação de suas necessidades. Apresentam-se questões relacionadas como satisfação, questões particulares, subjetivas, projetivas e gerais do contexto social e Oliveira (2010) destaca que:

Tudo isso me leva a afirmar que é preciso superar o discurso demasiado otimista e superficial que coloca no usuário sempre o papel demandante de práticas mais humanizadas para solucionar ou aliviar seus sofrimentos [...]. Se o usuário ocupa efetivamente o lugar de sujeito-usuário, parece-me necessário considerar que é possível e frequente que, por múltiplos fatores, incluindo aí o desejo de consumo, haja demanda por práticas desumanizadas, iatrogênicas, potencialmente danosas. Pode-se opinar que esse aspecto não é lógico, baseado em algum argumento de “autopreservação”, mas certamente é humano e frequente no cotidiano dos serviços de saúde. (p.33)

No encontro das demandas com os serviços de saúde, ocorrem, múltiplos processos de dissociação entre a demanda, com as práticas de saúde e satisfação de necessidades de saúde. Segundo Oliveira (2010), esses “processos são produzidos pela reprodução da equivalência valor de uso/necessidade social. A demanda declarada do sujeito-usuário busca o consumo de bens e serviços de saúde portadores de valor de uso” (p.33).

Os profissionais de saúde quando respondem apenas superficialmente à demanda pelo consumo por razões internas ou externas ao contexto dos serviços e/ou dos próprios profissionais, podem passar a organizar o seu processo de trabalho em função da produção de ofertas que procuram atender o desejo de consumo dos usuários.

Então, o volume da demanda é crescente e a resolução das necessidades de saúde, sob qualquer análise que se faça, é cada vez menor. Nesse paradigma, o profissional de saúde especialista (portador do conhecimento científico) deve assumir a função de fazer a leitura das demandas e traduzi-las em reais necessidades de saúde. O usuário, em contrapartida, não passa de demandante e como leigo não é detentor de saberes válidos (OLIVEIRA, 2010).

Campos (2007a; 2007b) sugere como saída uma reflexão crítica nos coletivos sobre as políticas, os projetos, os programas, os modelos e as práticas, como meios para o atendimento de necessidades sociais e como valores de uso produzidos.

Essa sugestão implica novas formas de gestão, em processos de cogestão efetivos, envolvendo o uso de dispositivos eficazes de gerar reflexão/ação para desconstruir as práticas prescritivas na interação entre os profissionais de saúde, gestores e usuários. Nesta direção, há algumas diretrizes metodológicas que têm a potência de ampliar um pensar e um fazer vigilância. Campos propõe o Agir Paideia<sup>46</sup>, que é:

O método a que denominei da Roda ou Paideia lida com esses impasses procurando sempre incluir o Sujeito no trabalho em saúde. Fazer Saúde Coletiva com as pessoas e não sobre elas. Para isso é fundamental produzir-se um aumento da capacidade de análise e de intervenção dos agrupamentos humanos em geral, e não apenas dos grupos técnicos. (CAMPOS, 2007b, p.26)

Para o autor, o Método Paideia reafirma a possibilidade de que os sistemas de saúde podem contribuir para a constituição do Sujeito, pois tanto a gestão como as práticas profissionais têm a capacidade de modificar este Sujeito e os padrões dominantes de subjetividade. Além disso possui potencial pedagógico e terapêutico.

A concepção Paideia caracteriza-se pelo esforço para envolver trabalhadores e usuários no processo de reforma e de reorganização, considerando que mudanças estruturais e organizacionais têm maior eficácia quando são acompanhadas por processos de mudança no modo de ser dos sujeitos envolvidos. Reforma esta no âmbito da estrutura e das mudanças culturais.

Isto também se relaciona com a construção de modos de gerenciar que não limitem a criatividade dos trabalhadores, numa relação de autonomia profissional com responsabilidade. “A autonomia pressupõe liberdade, mas, para que o trabalho autônomo seja capaz, pressupõe-se também capacidade de responsabilizar-se pelos problemas dos outros.” (CAMPOS, 1997,

---

<sup>46</sup> Paideia é uma noção grega que indica a formação integral do ser humano. (CAMPOS, 2007b, p.16).

p.229) Por isso o trabalho em saúde para ser eficaz e resolutivo dependerá de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública.

Merhy (2007), também, discute o papel da autonomia profissional que ocorre dentro dos espaços de atuação profissional e que devem ser potencializadas, pois a criatividade permanente do trabalhador em ação, seja no âmbito “público ou coletivo, pode ser explorada para inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas” (p.61).

O trabalho em saúde, em sua maioria, é um trabalho institucionalizado. É um ato assistencial, resultado de um trabalho coletivo, realizado por diversos profissionais específicos ou não específicos da saúde. As características deste trabalho ainda se mostram dentro de uma prática fragmentada, parcelada, mas questionamentos quanto ao modelo assistencial hegemônico tem trazido algumas iniciativas no sentido de romper com a excessiva fragmentação do trabalho e buscando colocar as necessidades do usuário no foco da assistência.

Porém, é fato, nos locais de trabalho, que muitos profissionais desenvolvem práticas sem comprometimento e, muito mais agravante, a falta de comprometimento com os usuários que procuram o serviço que muitas vezes é a ação do próprio profissional. Esta relação entre usuário e profissional envolve um encontro de situações não necessariamente equivalentes. Merhy (2007) esclarece esta relação destacando que:

[...] o encontro entre um usuário, portador de uma dada necessidade de saúde, com o trabalhador, portador de um dado arsenal de saberes específicos e práticas, envolve um encontro de situações não necessariamente equivalentes. Um, ao carregar a representação de um dado problema como problema de saúde/necessidade de saúde procura obter neste encontro, no mínimo, uma relação de compromisso que tenha com base a sinceridade, a responsabilização e a confiança na intervenção, como uma possível solução; o outro, também está procurando nesta relação alguma coisa, também tem necessidades, mas nesta procura não necessariamente tem algo a ver com o que o outro espera. (p.76-77)

Constata-se que, tanto na área privada como na pública a ganância financeira, a burocratização, as intermináveis disputas de poder e a acomodação do trabalho no setor estatal têm diminuído em muito a capacidade dos serviços de saúde produzirem qualidade de vida.



A “Defesa da Vida” (CAMPOS, 2007a; 2007b) é um princípio fundamental que assegura o valor de uso ao trabalho em saúde e, portanto, a ética dos profissionais de saúde não poderia estar fundada em outro princípio que não fosse este. Depois em jogo, estariam os interesses econômicos, as conveniências políticas e as normas burocráticas, etc.

Do ponto de vista do usuário, os serviços de saúde, públicos ou privados, com algumas exceções, não são adequadas para resolverem os seus problemas de saúde, tanto no plano individual como no coletivo. O usuário não reclama da falta de conhecimentos tecnológicos no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilidade dos diferentes serviços em torno do seu problema, gerando sentimentos de insegurança, desinformação, desproteção e desrespeitados.

Merhy (2007) destaca que há a necessidade de se construir processos de intervenção institucional que tenham como referência o interesse dos usuários dos serviços, representando enquanto “necessidades de saúde e o desafio à produção de uma reforma publicizante do sistema de direção destes serviços que impliquem em uma coletivização da gestão dos processos de trabalho em saúde, cotidianamente” (p.72).

Portanto, é difícil operar um sistema de saúde sem um certo grau de controle institucional. Um dos instrumentos utilizados, como forma de controle das ações desenvolvidas pelos profissionais, é o pagamento por produção, que costuma aumentar a produtividade, mas quase nunca consegue articular o trabalho a ser executado com compromissos sólidos como a cura e a recuperação dos doentes.

Assim sendo, a organização mais livre do trabalho, fundaria instituições com esquemas mais horizontais de distribuição de poder. A delegação de responsabilidades corresponderia a momentos de verticalização das linhas de mando. [...] e a necessidade de se descobrir múltiplas combinações de graus de autonomia e de responsabilidade atribuída aos profissionais. (CAMPOS, 1997, p.232)

Na verdade, não há receita pronta. É preciso que se busquem, em cada realidade, arranjos singulares que assegurem o cumprimento de pelo menos três critérios: a capacidade de produzir saúde do serviço ou da equipe em questão, isto é, se um “certo contrato de trabalho está assegurando os objetivos de um programa de saúde, não haveria por que criticá-lo”; viabilidade técnica, financeira e política dos projetos ou arranjos acordados; e considerar a “realização profissional e financeira dos trabalhadores de saúde”. Nesta direção, os serviços devem se constituir em espaços em que os trabalhadores possam reproduzir-se como sujeitos de sua própria existência (CAMPOS, 1997, p.233).

Mesmo se utilizando destes critérios, não se elimina o antagonismo entre autonomia e responsabilidade porque se verificam conflitos, ou seja, a viabilidade, o interesse dos clientes e os trabalhadores nem sempre caminham no mesmo sentido.

O desafio na prática é combinar estes critérios assegurando a realização de cada um destes, tomados e analisados de forma conjunta, garantindo o máximo de eficácia, de qualidade e de produção de saúde; a produtividade, a eficiência e o máximo de satisfação profissional.

Consequentemente, o profissional se sentirá sujeito ativo no processo de reabilitação, na trajetória de invenção de programas e na solução de um problema sanitário de maneira mais coletiva, não perdendo contato com elementos estimuladores de sua criatividade. Caso contrário, a tendência é a não responsabilização pelo objetivo final da própria intervenção, ou seja, pela recuperação do paciente ou pela promoção da saúde de uma comunidade.

Neste sentido, é necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho, havendo algumas práticas que possam caminhar nesta direção como “tornar a reinvenção uma possibilidade cotidiana e garantir a participação da maioria nesses processos são maneiras de implicar trabalhadores com as instituições e com os pacientes”. Isto possibilitaria o processo de autonomia profissional aliada a responsabilização pela sua ação profissional (CAMPOS, 1997, p.235).

Para os profissionais de saúde, é importante compreender os processos de trabalho que se reproduzem no cotidiano de trabalho, pois é através desta compreensão crítica que é possível quebrar os modelos instituídos, que não visam a um conceito e a uma prática ampliada para as demandas.

Isto também se reflete no olhar e o trabalho com o social na saúde. Portanto, esta discussão ilumina identificar no âmbito da ESF como se articulam concretamente alguns dispositivos práticos e metodológicos do Método Paideia. Para este estudo, a ênfase está sobre a clínica ampliada que pressupõe: apoio matricial, o projeto terapêutico (PT) e as equipes/duplas de referências.

Como a ênfase do estudo recai sobre os processos de trabalho, mas também na identificação das demandas sociais na ESF, acrescenta-se como um elemento importante e que vem sendo discutido desde o primeiro capítulo que é o acolhimento.

Entende-se que a análise destes eixos no âmbito da ESF e NASF iluminarão a análise das demandas sociais que serão descritos em seguida. Denominar-se-á como os eixos estruturantes para ampliar o trabalho com o social na saúde.

## 5.1 A DIMENSÃO DA CLÍNICA AMPLIADA NA ESF E NASF

De modo geral, quando se pensa em clínica, imagina-se um médico prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese do usuário ter uma determinada doença. No entanto, a clínica precisa ser muito mais do que isto, pois as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras.

A denominação clínica ampliada (clínica do sujeito), enquanto proposta conceitual de reorganização dos processos de trabalho em saúde, originou-se nos trabalhos de Campos (2007a; 2007b). A crítica envolve a forma como a clínica oficial ou tradicional (que prioriza o enfoque biológico, esquecendo as dimensões subjetivas e sociais dos indivíduos) se apresenta ao dar um caráter simplista aos processos sobre os quais atua, realizando-se de forma prescritiva e produtiva de procedimentos. O autor assim se expressa:

Clínica do sujeito? Sim uma clínica centrada nos Sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, também considerando a doença como parte dessas existências. No entanto, a medicina não somente trabalha como uma ontologização das enfermidades – as doenças são o verdadeiro objeto de trabalho da clínica -, como acaba por tomar as pessoas por suas doenças. Seria como se a doença ocupasse toda a personalidade, todo o corpo, todo o Ser do doente. Seu João da Silva desapareceria para dar lugar a um psicótico, ou a um hipertenso [...]. (CAMPOS, 2007b, p.56)

É certo que um diagnóstico sempre parte de um princípio universalizante, generalizável para todos, ou seja, ele supõe e produz uma igualdade que é apenas parcialmente verdadeira, por exemplo: um alcoolista é um alcoolista e um hipertenso é um hipertenso. Mas isto pode levar à suposição de que basta o diagnóstico para definir todo o tratamento para aquela pessoa.

Segundo o mesmo autor, a medicina não perdeu a capacidade de exercer o controle social sobre a maioria das pessoas, e seu discurso competente sobre os temas ligados à vida continuam vigentes. Mas por outro lado, percebe-se no cotidiano, graus cada vez maiores de “alienação, desinteresse, fixação em procedimentos técnicos padronizados, dificuldade para escutar queixas, impossibilidade de comunicar qualquer coisa além da sequência automática de procedimentos e, no entanto, grande capacidade de influenciar o imaginário social” (CAMPOS, 2007b, p.62).

Por isso, destaca a necessidade da reforma da clínica moderna que deve assentar-se sobre um deslocamento da ênfase na doença para centrar-se sobre o sujeito concreto – um sujeito portador de alguma enfermidade.

A clínica ampliada, do sujeito, está associada à necessidade da superação das dualidades presentes na clínica tradicional - doença/doente, individual/coletivo, buscando recuperar a relação doença/doente/contexto no trabalho em saúde, reconhecendo a singularidade do sujeito doente e, ao mesmo tempo, sua produção coletiva.

Neste sentido, é preciso ampliar o objeto de saber e de intervenção da clínica. Da enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção, que inclui o sujeito e seu contexto como objeto de estudo e de práticas da clínica.

A proposta apresentada por Campos tem por base os estudos de Basaglia, que defendia que “inventar saúde”, implica mais que uma intervenção técnica, mas estaria ligado à noção de “Reprodução Social do Paciente”<sup>47</sup>.

A clínica, em sua dimensão ampliada, qualifica a escuta sobre o doente e vai além do diagnóstico de sinais e sintomas, auscultando as subjetividades do adoecimento e seus condicionantes. Vislumbra a superação da fragmentação entre a biologia, a subjetividade e a sociabilidade, ampliando o olhar e potencializando um caráter criador, que considere as relações com os contextos.

Os objetivos da clínica ampliada visam à produção de saúde nos distintos meios curativos, preventivos, de reabilitação e cuidados paliativos, como também à ampliação do grau de autonomia do usuário, família e da comunidade.

Nessa perspectiva, a autonomia dos usuários seria ampliada a partir de ações que visam à promoção dos sujeitos, tornando-os mais capazes de compreender suas necessidades de saúde, entendendo seus agravos e participando como coresponsáveis no processo de produção de saúde.

Outro aspecto fundamental da clínica ampliada é a capacidade de equilibrar o combate à doença com a “Produção de Vida”. Propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida.

---

<sup>47</sup> Noção profundamente influenciada pela perspectiva de cidadania ativa e de protagonismo; ou seja, partia-se do reconhecimento do paciente como pessoa com direitos, mas, ao mesmo tempo, argumentava-se sobre a necessidade de preparar-se para fazer valer os próprios direitos, construindo um mundo melhor para o Sujeito e para os outros. Uma miscelânea de atividades políticas, gerenciais, de promoção e de assistência à saúde (BASAGLIA et. al., 1985 apud CAMPOS, 2007b, p.54).

Nas doenças crônicas ou muito graves, por exemplo, isto é muito importante, porque o resultado sempre depende da participação do usuário, e esta participação não pode ser entendida como uma dedicação exclusiva à doença, mas sim uma capacidade de “inventar-se” apesar da doença.

É comum nos serviços ambulatoriais que o descuido com a produção de vida e o foco excessivo na doença acabe levando usuários a tornarem-se conhecidas como “Poliqueixosos” – com muitas queixas - ou “Refratários”, pois a doença (ou o risco) torna-se o centro de suas vidas.

Nesta direção, a proposta da clínica ampliada trabalha com o eixo do Apoio Especializado Matricial, que se estabelece pela organização horizontal do processo de trabalho, em que se tenta combinar especialização com interdisciplinaridade, especialistas apoiando o trabalho do Clínico de Referência, conforme PT, elaborado em permanente negociação com a Equipe envolvida na atenção matricial (CAMPOS, 2007b).

Propõe a construção e reconstituição de vínculos entre Clínico de Referência e seus usuários. Superar a fragmentação entre a biologia, subjetividade e sociabilidade operando-se com PT, que explicitem objetivos e técnicas da ação profissional e que reconheçam um papel ativo para o usuário, para o enfermo em luta e em defesa de sua saúde, em geral, interligada, com a saúde de outros (CAMPOS, 2007b).

Nesta direção, a clínica ampliada viabiliza a transformação da atenção individual e coletiva, de forma que possibilite que outros aspectos do sujeito, que não apenas o biológico, possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde.

Isto pode ser pensado no âmbito do apoio matricial, como um dispositivo metodológico importante para as equipes da ESF e NASF no trabalho com suas demandas de trabalho e sua relação com a população usuária e demandante dos serviços de saúde. É o que se discute a seguir.

### **5.1.1 A Dimensão do Apoio Matricial**

Formulado por Campos (2007a), o apoio matricial se configura como um suporte técnico especializado que é ofertado à uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Ele pode ser realizado por profissionais de diversas áreas especializadas.

Através do Apoio Matricial, torna-se possível distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos sociais do entorno, daquelas demandas que necessitam de atenção especializada.

A relação terapêutica, portanto, passaria a ser a linha reguladora do processo de trabalho, em que as equipes de referência são as responsáveis por realizar o acompanhamento longitudinal do processo saúde/ doença e intervenção de cada usuário. Desta forma, o Apoio Matricial seria uma ferramenta indispensável na instrumentalização das equipes na ampliação da clínica, alterando o modelo médico dominante, que se traduz na fragmentação do trabalho e na produção excessiva de encaminhamentos, muitas vezes desnecessários, às diversas especialidades (CAMPOS, 2007a).

Esta proposta vem ganhando espaço ao se instituir os NASF, como núcleos de apoio às equipes da ESF. Na fala do coordenador do NASF da Supervisão Lapa/Pinheiros, tem-se o seguinte posicionamento com relação à proposta do matriciamento a partir do NASF junto às equipes da ESF:

A proposta do NASF a princípio era essa ideia de fazer o apoio matricial, de compor junto com as equipes uma visão um pouco maior, dar um escopo um pouco maior da ação deles, isso foi um dos resultados que a gente viu de imediato. A estratégia saúde da família, caminhava muito para várias áreas, muitos serviços, seja com um grau de complexidade menor seja para um grau de complexidade maior. E já tem na sua origem essa ideia, do médico não ter nenhum apoio direto de outras especialidades. Eu acho que a ideia principal do NASF seria ajudar a ampliar a visão dessa equipe através do apoio matricial, propor uma ação que fosse mais integral, que fosse coordenada entre as ações tanto da equipe quanto do NASF. Que não fosse uma ação que não estivesse dentro de uma mesma coordenação, então, pensando estrategicamente uma ação conjunta, que prestasse atendimento, um atendimento específico em cada área, e que propusesse também alguns trabalhos interdisciplinares. (Coordenador NASF, 2010)

O apoio matricial introduz no processo de trabalho novas possibilidades de trocas de saber entre os profissionais de saúde em diversos níveis de atenção, auxiliando a articulação e qualificação da rede de serviços que compõe o sistema de saúde.

Este vem a ser um desafio na concretização das ações de apoio matricial. O coordenador, ao destacar os desafios da implantação do NASF em São Paulo, explicita a realidade que se encontram as ações profissionais na atenção básica, aliada à proposta do matriciamento.

Destaca que há uma expectativa dos profissionais trabalharem de forma transdisciplinar, mas considera esta ideia muito nova, pois falta clareza desta dimensão no trabalho coletivo. O profissional defende que há experiências interdisciplinares e para que estas ações se concretizem é fundamental que se tenha uma ação coordenada, embora esta ação ainda é incipiente, e acrescenta:

Então se tem uma família, que está em uma área de risco, que tem vulnerabilidade social, que não está fazendo acompanhamento médico, que não está usando os recursos locais, que não tem informação. Tem uma série de fatores ali, a gente poderia botar dez profissionais trabalhando, pode até chegar a colocar, mas sobretudo fazer uma ação coordenada. Então qual a especificidade desse local, que ação preferencial a gente tem, vamos começar por onde, estrategicamente mantendo a forma de trabalhar da estratégia, quem tem mais vínculo, esse vínculo pode levar a que outros trabalhos e estrategicamente como eu vou coordenar essas ações, o que vem primeiro, o que vem depois, se eu consigo já fazer um trabalho com médico, vamos privilegiar essa coisa de fazer consulta, mas já vamos linkar isso a outras ações, a ação de um profissional, que depois vai ampliando essa ação. (Coordenador NASF, 2010)

O exemplo acima é destacado como um desafio para os profissionais da equipe da ESF e NASF, pois as situações trabalhadas nas unidades de saúde não são definidas estrategicamente através do estabelecimento de um apoio matricial. Então, a pergunta que fica para os profissionais do NASF é: como fazer o matriciamento, e como propor isso para as equipes, isso é algo que está sempre sendo testado, segundo opinião do coordenador do NASF.

O NASF não é porta de entrada para os serviços de saúde na ABS, sua interlocução acontece através das equipes da ESF. Esta interlocução acontece principalmente nas reuniões de equipe ao se estabelecer tanto a equipe ou a dupla de referência do NASF que as acompanha.

No período da pesquisa, cada equipe da ESF tinha a dupla de referência (NASF) para estar presente às reuniões de equipe e realizar o apoio matricial. Conforme as situações discutidas e avaliadas pelas equipes e profissionais do NASF, as demandas poderiam ser encaminhadas e avaliadas por outros profissionais do NASF.

Na proposta de matriciamento, as reuniões de equipe se tornam espaços privilegiados para a definição das ações a serem desenvolvidas tanto pelos profissionais da equipe da ESF quanto do NASF. É neste espaço que os profissionais devem discutir as demandas a que atendem, sejam elas de saúde/doença ou outras demandas chamadas de sociais.

Cunha (2010) destaca que a reunião deve ser promovida com características democráticas que dê condições às equipes de lidarem com a singularidade e o movimentos dos sujeitos individuais e coletivos; portanto, a reunião não é um espaço em que um profissional distribui as tarefas às outras. “É um espaço de diálogo, e é preciso que haja um clima em que todos tenham direito à voz e à opinião” (p.183). A partir da reunião da equipe, é possível realizar as seguintes atividades:

Avaliação do investimento de cada trabalhador com o tema e as impressões subjetivas de cada um; o diagnóstico da situação da comunidade; a escolha e articulação dos diversos recursos; o contrato de metas; as discussões de caso (Projeto Terapêutico Singular) e matriciamento com especialistas; valorização dos trabalhos dos membros da equipe e, conseqüentemente, dos trabalhadores. (SMS - Campinas, Antiprotocolo, apud CUNHA, 2010, p.184)

Na avaliação da coordenação, a entrada do NASF junto às equipes possibilitou até se encontrar uma referência de avaliação dos próprios profissionais e avaliar o que se pode alterar no tratamento com as demandas de trabalho.

Questões que podem parecer simples em como se faz uma reunião de equipe, com se faz a divisão de função dessa equipe para surtir alguma coisa, até como é a produtividade dela como equipe, não em atendimento individual, então eles conseguem fazer a gestão do atendimento individual do médico, enfermagem, mas como é a gestão dessa equipe. E com a nossa entrada isso fica muito evidente, porque a gente estava sendo um ponto de avaliação para ver o que acontece. Mas como a gente não é a porta de entrada, a porta de entrada acaba sendo a reunião de equipe, se ela acontece e ela acontece bem a gente consegue se inserir no atendimento, em um acompanhamento de alguma situação. Se ela não acontece, você tem nitidamente uma produção menor. E aparentemente os gerentes não faziam essa gestão, que eu acho que essa estratégia é muito importante. Como uma equipe se organiza, como ela dá andamento às demandas que ela tem, desde um determinado território que é mais vulnerável, como ela se organiza então para dar conta desse território, ou até da questão mais simples de como eu organizo uma reunião. Que pautas eu tenho, como eu vou dedicar o meu tempo a ela, como eu vou colocar essa equipe atenta a aquilo que está acontecendo, mesmo que seja algo da minha micro área e os outros agentes, como eu integro eles nessa discussão pensando que essa discussão pode ser exemplar para uma série de coisas. Não que eu estou resolvendo um problema daquela agente comunitária, que acho que já é uma mudança de visão. Mesmo nas UBS a gente tem equipes muito mais preparadas para isso e outras com muita dificuldade. Mas que eu acho que o apoio tentar fazer, mas eu acho que não depende só do apoio, depende de uma gestão de recursos. E a presença, quando tem a presença da gerência, isso facilita muito. (Coordenador NASF, 2010)



A princípio, quando uma equipe ou profissional de apoio matricial (NASF), se encontra com uma equipe de referência (equipes da ESF), o que se pretende é que o apoio matricial auxilie a equipe de referência na formulação/reformulação e execução de um projeto terapêutico para um sujeito, individual ou coletivo, que necessita de uma intervenção, à qual a equipe de referência, também, a princípio, teve dificuldades.

Essas dificuldades podem ser de diversas ordens, relacionadas a alguma tecnologia (abordagem, de relação, de intervenção, etc.), que a equipe enfrenta diante de um caso considerado complexo. “Dessa forma, a aposta nesse arranjo está na troca de saberes entre equipes e profissionais em torno da busca de ofertas de ações/serviços que tenham potência para modificar positivamente os problemas de saúde de um sujeito individual ou coletivo.” (OLIVEIRA, 2008, p.274)

Por ser uma proposta diferenciada e recente, muitos ainda são as inseguranças e desafios que se colocam aos profissionais do NASF na realização de seu trabalho junto às equipes. Mas mesmo diante do novo, alguns profissionais conseguem perceber que a proposta vai exigir do profissional alterar suas formas de trabalhar junto à saúde e equipe, exigindo que ações mais individuais, sejam pensadas de forma mais coletiva. Com relação a esta questão, destaca-se a fala da Assistente Social que evidencia:

O NASF surgiu através de uma portaria que é recente e aí, a nossa proposta, vem para quebrar essa forma de funcionamento do SUS, esquematizada, de atendimento individualizado. Então a proposta principal do NASF vem com a ideia de matriciamento das equipes de saúde da família. E quando a gente fala em matriciamento a gente acaba se deparando com situações de muita resistência e desconhecimento até para nós que não tínhamos direito isso internalizado. Então, eu acho que foi um desbravamento, uma construção, que ainda não está dado, porque nós tivemos que reconstruir o nosso papel profissional também. Que não é aquele papel entendido, não é aquele papel que você tinha, “ah, eu sou assistente social de uma Unidade Básica, eu tenho essas e essas atividades”, não, e eu ainda com esse jeito, com essa configuração de NASF tive que também criar uma outra forma de trabalho; a Assistente Social tem a salinha dela de trabalho isolada e eu não tenho nem sala, eu fico à deriva. Eu acho que tem um ganho nisso, nessa nova forma porque eu trabalho nas quatro unidades básicas e cada uma tem uma característica pessoal de funcionamento, de população, os vícios, alguns parecidos outros muito diferentes, então são dinâmicas e são realidades que ao mesmo tempo tem uma dificuldade que é do Serviço Social, uma situação de vulnerabilidade, mas tem as suas nuances, então, tem um jeito de funcionar que você vai ter que se adequar. (Assistente Social NASF, 2010)

Oliveira (2008) com base em Campos (2007a), auxilia explicitar esta questão ao destacar que o apoio matricial possibilita a capacidade de produção de saberes, em ato, que ampliem o poder de análise e de ação dos trabalhadores no sentido da coprodução de saúde e de autonomia. “Aprender fazendo e produzir aprendendo, modificando seu próprio modo de estar no mundo e no trabalho. Esse seria o sentido da composição interdisciplinar da equipe e de uma racionalidade gerencial anti-Taylor.” (p.274)

A operacionalização do apoio matricial depende de um conjunto de condições como o número e qualificação dos profissionais envolvidos, cultura organizacional dos gestores e trabalhadores envolvidos, a rede de serviços disponíveis e a própria organização dos processos de trabalho.

Uma das formas concretas de operar o apoio matricial é pela formulação de “Projetos Terapêuticos”, pois possibilita a discussão coletiva de situações/casos e ao mesmo tempo há uma coordenação, das ações desenhadas no projeto. E o “Atendimento Conjunto” que consiste em realizar uma intervenção, tendo como sujeitos de ação o profissional de saúde e o apoiador matricial em coprodução. Isto é o que se destacará a seguir.

### **5.1.2 A Dimensão do Projeto Terapêutico (PT) e Atendimento Conjunto**

Ao se discutir e analisar as demandas que chegam até as equipes de saúde da ESF e NASF quando o usuário busca a unidade de saúde para a resolução de um determinado problema de saúde, identificou-se que os profissionais ainda estão ligados a um modelo fragmentado, focalizado no atendimento as necessidades e demandas dos usuários.

Na situação das demandas sociais, ou as mesmas são encaminhadas ao NASF para os profissionais específicos que tratam destas demandas, ou ficam perdidas, sem encaminhamento por se sentirem incapacitados para trabalharem tais demandas.

Pensando, numa proposta ampliada de se trabalhar com as demandas, surge a estratégia do desenvolvimento do PT e do Atendimento Conjunto, interligando os profissionais da equipe da ESF e do NASF, na concretização do apoio matricial.

Quando um usuário procura a unidade de saúde para ter seu problema de saúde resolvido, passa em primeiro lugar por uma avaliação do risco de adoecer. Este espaço como identificado, está no acolhimento que os profissionais realizam, vinculando-se no primeiro momento aos profissionais de enfermagem.

Após esta definição dos riscos de adoecer, o/os profissionais que o atenderam, imaginam um conjunto de atos assistenciais que deverão ser encaminhados com o objetivo de resolver seu problema de saúde. “Este conjunto de atos assistenciais pensados para resolver um problema de saúde é o projeto terapêutico”, que são estruturados para produzir o cuidado ao usuário (FRANCO, 2004, p.179).

Os PT podem ser definidos e executados sob perspectivas diversas, tanto sob o modelo médico-centrado, ou a partir de processos de trabalho multiprofissionais, envolvendo vários profissionais da equipe.

Com base em Franco (2004) e Merhy (2007), a produção do cuidado pode dar-se através de ações prescritivas, com relações burocráticas, centrado na produção de procedimentos, utilizando para sua execução centralmente as tecnologias duras/leves-duras; ou por outro lado, pode estar centrado em uma abordagem leve do problema de saúde, consolidando relações solidárias e conhecimento técnico, executado sobretudo por meio das tecnologias leves/leves-duras.

Neste sentido, o PT é “sempre um conjunto de atos pensados; ele só existe quando é idealizado e programado mentalmente pelo(s) profissional(ais). É neste estágio que ele é projeto terapêutico<sup>48</sup>” (FRANCO, 2004, p.180).

O PT só ganha materialidade se for executado através da ação do trabalho - que se realiza a partir de determinadas tecnologias de trabalho - sobre o usuário, e isto ocorrendo, deixa de ser projeto para se transformar em atos assistenciais<sup>49</sup>.

Toda tecnologia emana do conhecimento, desde a máquina (tecnologia dura) que é conhecimento incorporado, que ganha materialidade e valor com o trabalho e; o conhecimento ou os saberes usados para formular determinados projetos terapêuticos, que vão definir as práticas de saúde.

Franco (2004), com base em Merhy, destaca que estes saberes são originados da clínica, epidemiologia, psicanálise, sociologia da saúde, de relações humanas estruturadas ou não. Também são originados da incorporação de novas tecnologias inscritas em máquinas e instrumentos que ganham inserção nos serviços de saúde.

---

<sup>48</sup> O PT é uma instância idealizada, tem como estruturante de si mesmo o conhecimento de modo geral, seja ele o conhecimento técnico estruturado, ou obtido através das experiências de vida e de trabalho (FRANCO, 2004, p.180).

<sup>49</sup> Os atos assistenciais, são estruturados pela ação do trabalho, através do qual aqueles ganham concretude assumindo a configuração de produtos, incorporando valor-de-uso (FRANCO, 2004, p.180).

Há ainda os saberes que são acumulados através da experiência de trabalho e de vida, e que servem à resolução de problemas de saúde, desde que haja espaço nos serviços para que o trabalho opere com o máximo de graus de liberdade; ou que o trabalho vivo em ato esteja apto à ação criadora e criativa nas relações estabelecidas com o usuário. Nesta direção é importante ressaltar que:

Os projetos terapêuticos são elaborados a partir de um determinado conhecimento que é hegemônico no tempo e no espaço, e por isso mesmo é indicado para estruturar a intervenção sobre determinado problema de saúde. Acontece que este mesmo conhecimento que estrutura o projeto terapêutico, é o mesmo que vai definir os campos tecnológicos que deverão ser utilizados para a execução destes projetos terapêuticos. (FRANCO, 2004, p.181)

No campo da pesquisa realizada junto aos profissionais da ESF e NASF, esta discussão começou a ganhar visibilidade dentro das equipes, embora de forma muito tímida sendo que muitos profissionais não se recordavam de ter ouvido falar sobre a proposta do PT.

Um dos eixos do trabalho do NASF, é juntamente com as equipes da ESF estabelecer PT das situações acompanhadas dos usuários das unidades de saúde, garantindo também o apoio matricial.

Pela proposta aqui defendida por Franco (2004), Merhy (2007), Campos (2007a) o PT não precisa estar vinculado única e exclusivamente aos profissionais da área específica, mas desde o profissional que primeiro recebe o usuário que chega aos serviços de saúde.

Quando se discutia sobre as formas de acolhimento realizada pelas equipes da ESF e que estas ainda estão focadas no modelo médico-centrado, tem no estabelecimento do PT uma proposta de se repensar tanto as formas de acolhimento realizadas, como rever as próprias dinâmicas de trabalho no espaço das reuniões de equipe.

No acolhimento, destacavam-se que as demandas que chegam são recebidas pelo auxiliar de enfermagem, que repassa ao profissional enfermeiro(a), que repassa a queixa ao profissional médico(a) e, questionava-se se a prática do acolhimento não poderia ser realizada e organizada de formas mais coletivas e menos fragmentadas.

Nas reuniões de equipe, onde a proposta é reunir todos os integrantes da equipe para discussão e encaminhamento das demandas e de necessidades da população e, da equipe, no espaço da unidade de saúde, o que se observa é que as atividades estavam muito mais presas às questões burocráticas do que pensar de fato em ações que garantissem o cuidado em saúde.

Isto suscita refletir em como se poderia estabelecer o PT na dinâmica de trabalho das equipes da ESF e NASF? É viável esta proposta? As equipes da ESF em seu cronograma de trabalho semanal, dedicam em média de duas a três horas para as reuniões, que podem ser realizadas uma ou duas vezes por semana, conforme a dinâmica de cada equipe. Estas reuniões contam com a presença da equipe da ESF e também com a presença das duplas de referência dos profissionais do NASF.

Estas duplas de referência, garantem o suporte de situações e demandas que a equipe básica tem encontrado dificuldades em resolver e encaminhar, ou que pela sua especificidade da demanda necessitam de uma intervenção profissional especializada (assistência social, psicologia, psiquiatria, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia ou educação física).

Esta dupla é composta por dois profissionais de áreas diferentes que compõe o NASF. Participam das reuniões de equipe e recebem as demandas que a equipe da ESF entendeu que necessitam ser atendidas por este núcleo. Então, esta dupla acompanhará as atividades e situações que a equipe necessita e, por outro lado, a equipe tem nos dois profissionais a sua referência para situações mais complexas que exigem a intervenção da especialidade.

Neste sentido, o espaço das reuniões se torna rico, pelas trocas de saberes e construção do PT, que deve ser pensada de forma coletiva e multiprofissional se de fato, busca-se o modelo da produção do cuidado.

Uma das atividades mais acompanhadas no processo da pesquisa foram as reuniões, tanto as realizadas só com a equipe da ESF como com a presença dos profissionais de referência do NASF.

No contato com esta atividade, fica explicitada a preocupação que os profissionais têm em darem conta de questões burocráticas que envolvem ações internas (dentro da unidade) como externas (com a comunidade). Sobre esta questão, destacou-se no capítulo anterior, a angústia que os profissionais sentem em atrelarem sua prática profissional em cima de papéis e não conseguir desenvolver ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde.

Estavam presentes todos da equipe e muito brevemente a auxiliar de enfermagem. Aliás uma constatação no processo de observação é que as Auxiliares não comparecem nas reuniões de equipe, pouco as vejo, sempre envolvidas nos procedimentos na unidade de atendimento às pessoas. A dinâmica ficou muito presa à distribuição dos retornos de consultas. A enfermeira distribuiu as fichas de retorno para as ACS entregarem para as pessoas de sua microárea. A médica preencheu receitas médicas para as ACS entregarem às pessoas. Depois a enfermeira informou qual foi a produção da equipe no mês de Abril.

Tiveram um bom desempenho, pois realizaram as metas de consultas, VD de todos os profissionais, sendo que a enfermagem até excedeu o número de VD programadas e da cota do mês. Novamente aquela sensação de que a equipe está tão presa a documentos, papéis, a preocupação de cumprir as metas postas pela SMS e pela OSS. (WIESE, 2010)

Outra constatação realizada e destacada acima é a ausência frequente das auxiliares de enfermagem nas reuniões. A questão aparece na fala dos profissionais quando perguntadas se conseguem participar desta atividade. Alguns conseguem até se organizar para estarem presentes, mas na maioria das reuniões observadas, estes profissionais não se encontravam. Destaca-se uma das falas que retrata esta situação:

50% das vezes, mais ou menos eu participo, 50%, não participo, porque depende da demanda de serviço aqui. Sempre nós temos dois saindo para fazer VD nas casas, agora a demanda da sala de vacina estava muito grande, às vezes, ficamos três ou quatro auxiliares só lá e ajudando também nos exames, para receber e distribuir para as equipes que é, lá também, é uma tarefa muito difícil e complicada. E, às vezes, a gente por conta disso não participa da reunião de equipe. Eu já muitas vezes fiquei ausente na reunião de equipe. E a maioria das vezes a gente só acompanha para ver as discussões dos casos, outras vezes é repassado para nosso serviço, que tem ser visto em algumas casos, que é VD nossa, que tem fazer medicação, ter que fazer um curativo, essas coisas praticamente. E a gente também, às vezes, voltando da VD, é necessário entrar na reunião de equipe para passar determinadas situações. Paciente que estava necessitando da interferência da enfermeira ou médico para fazer um exame e outras coisas que a gente tem que acrescentar na reunião do NASF. (Aux. de Enfermagem 03, 2010)

As reuniões de equipe são espaços estratégicos e importantes para a equipe analisar e propor as ações para as suas demandas de trabalho, é o espaço da socialização, da definição do PT. Como destacado acima, com relação ao PT, qual o modelo tem se instituindo nestes espaços de construção de atos assistenciais? Por outro lado, que condições os profissionais tem para realizarem ações voltadas ao cuidado, se a própria estrutura administrativa exige que estas equipes comprovem a sua produção.

A proposta que aqui se delinea, no investimento de ações efetivas de acolhimento, na concretização do apoio matricial numa perspectiva de clínica ampliada, vai exigir outras formas de operar o trabalho em saúde. É um outro tipo de investimento, de tempo, de dedicação para que estas ações não sejam meras propostas, mas que sejam ações concretas no cotidiano profissional.

Hoje as “agendas profissionais” “não se casam”, pois o médico, a princípio, tem quinze (15) minutos para uma consulta, que concretamente em sua maioria é realizada em menos tempo. O tempo da consulta de enfermagem é de vinte (20) minutos. Os ACS ou estão no território buscando seus “indicadores de doença”, ou nas unidades de saúde quantificando estas doenças em seus prontuários. Os profissionais do NASF se encontram com a equipe da ESF em momentos de reunião e, muitas vezes, isso acontece a cada quinze ou trinta dias. Isto mostra que as propostas inovadoras chegam aos serviços, mas transformar estas propostas em ações concretas, muito se tem a fazer ainda. Esta situação está refletida na seguinte fala:

Além do Projeto Terapêutico está tendo a questão do atendimento em conjunto, mas isso ainda está um pouco complicado por causa das agendas, está difícil casar, porque o atendimento multiprofissional requer um tempo maior de agenda. E enfermeira tem 20 minutos de atendimento e o médico tem 15. Então a gente acaba fazendo isso no dia de visita, sabe, tirando o horário de outras coisas para fazer o Projeto Terapêutico Singular. Isso é uma coisa positiva, mas a partir do momento que seja uma questão administrativa resolvida, que é a questão de casar horários, casar agendas e tudo mais. (Enfermeira 02, 2010)

Apesar da proposta do NASF ser muito bacana, de ampliar o horizonte, ampliar uma discussão e tudo, nas agendas de equipe de saúde da família não existe espaço para isso. Então uma consulta compartilhada tem que ser uma consulta de quinze minutos, para um psicólogo, para um assistente social, para um psiquiatra, quinze minutos não é nada, mas é o máximo de tempo que um outro profissional da saúde da família tem para estar conosco, atendendo um paciente, então essa parceria fica difícil. (Psicóloga NASF, 2010)

Muito incipiente foi perceber a preocupação das equipes em estabelecer PT de situações vivenciadas pelos usuários que atendem. Uma constatação é que muitas das demandas que chegam à equipe vem através dos ACS, que em contato com a comunidade, com as pessoas, trazem até a equipe as necessidades encontradas no território de trabalho.

Mesmo sendo o ACS que traz as demandas para a equipe, muitas vezes estes profissionais não se sentem ouvidos ou valorizados nas informações e ideias que trazem com relação a uma determinada situação ou demanda. Os demais profissionais da equipe ficam presos a seus conceitos e conhecimento específico da área, esquecendo de perceber e valorizar informações mais subjetivas que os ACS trazem do usuário, família ou comunidade.

Franco (2004) aborda esta questão destacando que o PT hegemônico não visa a estruturas os atos assistências centrados em trabalho de equipe, mesmo quando se envolve diversos profissionais na mesma situação, porque o envolvimento é formal, normatizado,

burocrático, visto que o trabalho de cada um se organiza de forma compartimentada, e acrescenta:

A relação entre os profissionais, em vez de solidária, é de natureza hierárquica (o médico em relação aos outros trabalhadores; a enfermeira em relação às auxiliares de enfermagem, etc. [...] e os outros tem seu trabalho estruturado por este saber-fazer superior. (p.187)

Somando-se a esta situação, as demandas que não podem ser resolvidas de imediato na própria equipe, há uma tendência de se transferir para os profissionais de referência, para que então, o NASF, possa trabalhar estas demandas. Em algumas situações acompanhadas com as equipes, ao identificarem demandas consideradas sociais, a tendência é chamar o AS, pois “é do social”, é este o profissional que consegue resolver. Isto implica situações de violência, informações sobre direitos sociais, benefícios, conflitos familiares, entre outros.

Retomando a proposta do PT, não houve a identificação da equipe em discutir um PT das situações discutidas em reunião, mantendo apenas a identificação do problema e que este problema deve ser encaminhado ao NASF e quando não encaminhado, define-se quais os procedimentos que cabem à determinada situação problematizada na equipe. Isto demonstra, no âmbito do PT que o que se expressa é um modelo biomédico produtor de procedimentos e não um modelo produtor de cuidados.

Nos momentos de reunião em que os profissionais de referência do NASF se faziam presentes, constata-se duas situações: tanto a discussão e mapeamento dos procedimentos que se devem tomar em função de uma problemática ou demanda apresentada, como, a construção inicial de pensar e elaborar um PT junto com a equipe, na proposta de atos assistenciais.

Em uma das VD realizadas com uma equipe, teve-se a oportunidade de acompanhar a uma ACS, a AS e a TO, para conversarem com uma mãe e uma filha que estavam em conflito familiar. A ACS já havia conversado com as usuárias algumas vezes, tentando mediar a questão, mas encontrou dificuldades de ver a situação resolvida. Trouxe esta demanda para a reunião de equipe que entendeu que as duplas de referência do NASF, deveriam intervir e apoiar junto a equipe, frente à resistência da mãe e filha em resolverem seus conflitos.

Tanto a mãe como a filha acusam uma a outra de agressão física e verbal e ambas contam a mesma versão da agressão, somente invertendo a ordem de quem foi agredida e quem foi a agressora e, em todas as conversas mantém-se a mesma história. Este conflito



estava instaurado há mais ou menos um mês, depois que a sogra da filha veio morar na mesma casa, pois anterior a isto a convivência entre elas era muito próxima e afetiva.

Na primeira VD da AS e TO, buscou-se conversar em separado com as duas mulheres para buscar compreender melhor a dimensão do problema trazido pela equipe e pela ACS, buscando mediar o conflito e entender que nuances apareciam nessa relação que impedia a reconciliação.

Ambas, mãe e filha, se mostraram resistentes em buscar a reconciliação pois a mágoa do fato ocorrido – a agressão – impedia de tomarem a iniciativa para um diálogo. A estratégia naquela VD não foi fazer uma “acareação” entre mãe e filha, pois entendia-se não ser o momento certo para isso, pois ambas ainda estavam muito reticentes em abrir a possibilidade para um diálogo.

No mesmo dia, houve reunião com a presença da AS e TO e a situação foi discutida juntamente com todos da equipe, chegando-se a conclusão e proposta terapêutica de: “voltar à casa mais vezes, para falar com a mãe e a filha, criando vínculo maior com a equipe, para posteriormente propiciar uma conversa entre mãe e filha, buscando superar a mágoa que ambas têm, motivado, ao que parece, por ciúmes e insegurança de ambas” (WIESE, 2010)<sup>50</sup>.

Todo trabalho que se inicia coloca grandes desafios aos profissionais envolvidos e não é diferente com a implantação do NASF junto às equipes da ESF. Este é um elemento a se considerar nas análises que se fazem ao identificar como tem se concretizado no cotidiano de trabalho as ações que envolvem o apoio matricial e o PT na atenção básica. O coordenador avalia que a inserção do NASF:

A princípio a base de tudo é essa discussão que envolva a visão de outros especialistas, que é uma coisa a ser construída, como, estrategicamente essas diferentes disciplinas conseguem conversar e conseguem identificar coisas em comum, Acho que isso aos poucos vai acontecendo. Mas sempre também se corre o risco de só abrir novos postos de ação, acho que aos poucos isso foi dando uma ideia de que não é só ter uma avaliação de diferentes profissionais, mais do que isso é ter uma ação coordenada. E é onde todos estão envolvidos mesmo que só alguns estejam atuando diretamente com o usuário. (Coordenador NASF, 2010)

Sobre o PT, foi interrogado aos profissionais da ESF se eles desenvolviam esta ação no cotidiano de trabalho e como era operacionalizado. Embora recente, os profissionais se referem ao desenvolvimento do PT, mas para os auxiliares de enfermagem e os ACS, o

---

<sup>50</sup> Esta situação iria ser acompanhada mais vezes pela equipe, mas não se teve a oportunidade de voltar a discutir ou mesmo voltar a uma visita domiciliar, portanto, sem conhecimento do desfecho desta situação.

reconhecimento do termo e da prática do estabelecimento do PT é vago, ou mesmo não reconhecido. Destacam-se alguns posicionamentos com relação ao PT:

Isso faz umas 3 reuniões mais ou menos que foi implantado a ficha do PTS - projeto terapêutico singular - porque antes ficava muito perdido. Então é pouco tempo que o NASF entrava de 15 em 15 dias, então tinha que ter o tempo de passar as famílias novas, os casos novos, vamos dizer entre aspas, e a devolutiva dos casos que já foram discutidos, aí tem o tempo que passa para o informe, então as vezes perde-se muito, então ainda ta muito iniciante [...]. (Enfermeira 03, 2010)

Começamos a desenvolver a um mês mais ou menos e ainda não tivemos frutos do Projeto Singular Terapêutico, [...] mas desde que começou, sempre eu achei que fosse necessário, sim, ter um plano de ação, um plano de cuidados, de metas a serem atingidas. Sempre achei importante [...]. (Enfermeira 01, 2010)

Com o NASF a gente tem reuniões, se temos algum problema, levamos em discussão com o NASF, às vezes, na discussão, já conseguimos dar alguma solução ou andamento, às vezes não, é preciso marcar mais uma reunião, chamar o paciente, atender em conjunto com o NASF e a gente vai fazendo dessa forma. [...] Aí a gente fica com profissionais de referência, não é a equipe toda do NASF, mas alguns profissionais que estão referenciados para a nossa equipe. Então a gente se dirige a eles [...]. (Aux. de Enfermagem 04, 2010)

Pesquisadora: Você já ouviu falar sobre o Projeto Terapêutico Singular, vocês acabam desenvolvendo isso no trabalho?

Aux. Enf: Não consigo.

Pesquisadora: não consegue?

Aux. Enf: Não, não acompanho. (Aux. de Enfermagem 01, 2010)

Pesquisadora: Vocês desenvolvem com a equipe e junto ao NASF o Projeto Terapêutico Singular? Já ouviram falar nisso, no PTS?

ACS 1: Não.

ACS 2: Não.

ACS 4: Não.

ACS 5: Não. (Grupo ACS 05, 2010)

ACS 3: Na reunião, o “Joselito” falou sobre isso, falou bastante sobre isso.

ACS 2: Naquele grupo?

ACS 1: Foi na reunião do NASF mesmo. Foi assim que eu entrei na reunião do NASF mesmo. Então, a gente desenvolve, porque a gente vai na reunião, traz o caso e a gente desenvolve, igual eu estou falando de “Dona Maria”. A fisioterapeuta foi lá e fez uma análise, aí, agora, a fisio vai voltar e direcionar os exercícios, ela já conhece o problema, então, é um Projeto Singular, em torno de todos, não é? (Grupo ACS 02, 2010)

O processo de consolidação do PT no cotidiano de trabalho, é um caminho a ser trilhado, já evidenciando uma série de obstáculos a serem vencidos, desde a identificação da demanda, a forma como ela é entendida pela equipe e a necessidade de perceber que o PT é um ato assistencial que não resolve tudo, mas dá condições de ver nos encaminhamentos dados as demandas um grau de resolutividade maior. Para isso, necessita trazer para junto da equipe o principal sujeito social envolvido, o usuário, que traz e carrega cada demanda que a equipe trabalha.

Outra ação assistencial que corrobora com o princípio do apoio matricial é o Atendimento Conjunto, que envolve o profissional de saúde e o apoiador matricial em coprodução, ou seja, ambos estarão definindo ações e estratégias para trabalhar com uma determinada necessidade do usuário ou demanda de saúde e social.

O objetivo do atendimento conjunto é possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiências para ambos os profissionais envolvidos. Isto envolve atender a um usuário, ver como o profissional de determinada área o aborda e o apoiador, por sua vez, estar próximo das relações de vínculo e dos tensionamentos existentes na atenção básica (OLIVEIRA, 2008).

Possibilita planejar ou reorganizar atividades de grupo, como se contratam atividades grupais com os participantes, como construir o sentido da grupalidade. São todas possibilidades de vivências significantes e que oportunizam um processo de formação permanente dos profissionais envolvidos, ao mesmo tempo que amplia o olhar e a capacidade resolutiva da atenção.

No acompanhamento das atividades das equipes da ESF e NASF, participou-se em duas oportunidades do “Grupo de Qualidade de Vida” que auxilia a identificar e analisar como o apoio matricial pode ser um recurso importante na organização e construção das atividades, mas que também não deixa de envolver tensionamentos dentro da própria equipe.

O Grupo de Qualidade de Vida é realizado às quartas-feiras à tarde e seu público é essencialmente de idosos, que veem neste espaço, um lugar para o encontro com a equipe e com os conhecidos de sua comunidade. O grupo tem por objetivo receber todas as pessoas que desejam discutir temas amplos que envolvam a qualidade de vida. Embora realizado por uma equipe da ESF em específico, recebe usuários das demais equipes da UBS.

A coordenação do grupo está com uma ACS e uma enfermeira, contando também com a presença da TO e Fisioterapeuta, sendo que estes se revezam a cada quinze dias para participarem do grupo.

No primeiro encontro, a dinâmica de trabalho foi conduzida pela ACS com apoio da enfermeira, que distribuiu aos participantes versículos bíblicos para serem lidos no grupo. Cada participante lia seu versículo e com suas palavras evidenciava a sua compreensão sobre a mensagem.

Esta dinâmica trouxe alguns embates entre os participantes, pois como se tratava de versículos bíblicos vinculados à Igreja Católica, nem todos os participantes eram desta religião, colocando em evidência opiniões diferenciadas sobre o tema: morte.

Esta discussão fragilizou a própria coordenação do grupo, que resolveu acabar com o debate estabelecendo que a partir daquele momento só se leria os versículos sem análise, dando por encerrada a atividade.

Atualmente, o tema religiosidade vem ganhando espaço dentro da saúde, mas isto requer um preparo dos profissionais quando se colocam à disposição para debater tal tema, pois, isto remonta a várias religiões, vários posicionamentos. Respeitar as diferenças religiosas seria o primeiro passo para um trabalho amplo, que é ousado pela delicadeza de sua natureza. Isto também não é algo específico do tema religiosidade. Existem vários outros assuntos que requerem o mesmo cuidado e uma preparação consistente dos profissionais para lidarem com isto.

Posteriormente a estas atividades, tomou-se conhecimento de que houve uma conversa entre os profissionais envolvidos, buscando retomar os objetivos do grupo, qual o foco do trabalho, que ações poderiam potencializar a participação das pessoas e que este grupo não estivesse única e exclusivamente voltado a discutir religião.

Isto mostra que são vivências que possibilitam trabalhar os conflitos entre os profissionais e, para ampliar o sentido de fazer parte de uma rede de serviços articulados, ao mesmo tempo que se valoriza a atuação desses profissionais.

Neste sentido, tanto o atendimento conjunto como o PT, que são as duas modalidades de apoio matricial, requerem uma série de condições de organização dos processos de trabalho, do próprio serviço de saúde, de agendas, disponibilidade de profissionais para se tornar possível. Isto ainda se coloca como um desafio para as equipes da ESF e NASF, que encontram dificuldades de conciliar até um atendimento conjunto entre médico e enfermeira. A mesma problemática se mostra com os profissionais do NASF, que, muitas vezes, levam até trinta dias para conseguir se reunir com determinada equipe ou profissional da ESF para conseguir dar suporte no atendimento conjunto ou no PT.

Uma equipe que não se reúne, que não se encontra, dificilmente conseguirá operar o apoio matricial, isto vai exigir a necessidade de adequação em vários processos organizacionais da rede como um todo.

Ao se tomar por exemplo, a característica da constituição da equipe do NASF, constata-se que nem todos os profissionais são contratados com a mesma carga horária e com o número suficiente para atender a toda demanda, como é o caso dos profissionais de educação física, nutricionista, fonoaudiólogo e assistente social, que tem uma carga horária de quarenta horas semanais, mas atendem a praticamente dezoito equipes, enquanto outros profissionais do núcleo com a mesma carga horária atendem a metade do número das equipes.

A concretização da clínica ampliada, através de seus dispositivos do apoio matricial e PT na ESF e NASF é recente, mas possibilita identificar, que mesmo em pouco tempo de execução, algumas ações vêm buscando garantir estas estratégias, mas os desafios ainda são muitos.

Entende-se que a discussão realizada até o presente momento, subsidiará a análise do trabalho das equipes com as demandas sociais, articulando com os dispositivos do acolhimento e da clínica ampliada.

## 5.2 DEMANDAS SOCIAIS E O TRABALHO DAS EQUIPES COM O SOCIAL NA SAÚDE

Como analisado no capítulo anterior, se identificou como o social é conceituado pelos profissionais da ESF e NASF e as atribuições que desenvolvem em suas práticas profissionais a partir das demandas que chegam até as equipes e como são trabalhadas.

No capítulo que segue, identificaram-se possibilidades concretas de se trabalhar com as demandas de saúde e que estejam voltadas na produção do cuidado e da saúde. Os desafios são muitos, no interior da própria saúde, pois estão em luta vários projetos sociais, buscando cada qual a sua hegemonia.

Acredita-se que a trajetória realizada até aqui, de subsídios para pensar como dentro de toda dinâmica de trabalho e de demandas que chegam às equipes de saúde, possa-se pensar no trabalho com estas demandas sociais.

As questões ligadas ao social atravessam o tempo todo a prática em saúde e sobre o processo saúde/doença. Para Figueiredo e Furlan (2008), ao discutir sobre a dimensão social e subjetiva no trabalho em saúde, destacam que ambos ainda são entendidos como algo que se atravessa na saúde, porque estas questões ainda não são entendidas como pertencentes à prática em saúde. “São entendidas como campo do jurídico/da lei, da assistência social ou da psicologia, e não como elementos intrínsecos ao próprio processo de sociabilidade e da existência humana.” (p.170)

E, quando o social e o subjetivo são considerados relevantes, são oferecidos alternativas de atendimento, como a necessidade de procurar um psicólogo, ou a assistente social, convencendo o usuário que seu problema é realmente grave.

Esta é uma situação inquietante e motivadora para a realização desta pesquisa. Buscar aproximar a discussão sobre o que se chama de demandas sociais, pois, de um lado, constata-se que os profissionais têm receio que no seu cotidiano de trabalho estas demandas surjam, pois não sabem como lidar com elas e; por outro lado, isso mostra que a própria política de saúde tem apresentado lacunas, ou como, tão frisado ao longo do trabalho, a presença do modelo biomédico.

Onocko Campos (2005) aponta que os profissionais não estão advertidos/sensibilizados para identificar e preparados para lidar com problemáticas decorrentes do contemporâneo, com a degradação da sociabilidade comum em grandes cidades, isto para não mencionar a miséria extrema. Logo, o problema para o qual não há solução local ou estratégias de intervenção imediata poderá continuar intocado no território. Há também aqui a mistura de demandas sociais com as demandas específicas do campo da saúde, que não são muito bem delimitadas.

Na identificação das demandas, os profissionais elencaram algumas problemáticas por eles consideradas como demandas sociais, entre elas a violência, abandono, problemas familiares e questões de desemprego. Mas a demanda mais significativa evidenciada por todas as equipes foi a problemática do idoso e as relações familiares. Destacam-se algumas falas a respeito:

A falta de tempo dos filhos para cuidar dos pais idosos é uma questão que me incomoda bastante. Eles são idosos desassistidos ou parcialmente assistidos, que não têm um cuidador ou, então, alguém da família para responder por eles. Questões de trabalho, questões de possuir outra família, ter que dar assistência, então isso é o que me chama bastante a atenção... Porque é uma área em que há muito idoso,

então isso é muito comum. Idosos abandonados, esse idoso depende de alguém, então, por isso eu acho que é social. (Enfermeira 01, 2010)

Auxiliares de enfermagem fazem referência à necessidade material, por parte dos usuários, para aquisição de medicamentos, ou mesmo produtos vinculados a curativos e de higiene. Identificam demandas sociais que estão presentes nas unidades de saúde quando os usuários chegam até a equipe e quando realizam as VD.

A caracterização dos usuários atendidos em VD são diferentes dos que são atendidos na unidade de saúde. Também se faz referência à grande demanda de atendimento de idosos acamados e a dificuldade que as famílias têm no cuidado com eles.

No caso são pacientes que necessitam mesmo de fraldas, pacientes que não têm condições de comprar... é lógico que as pessoas oferecem a gaze, a atadura, essas coisas assim, mas eles querem mais que isso, querem luvas, querem fitas, então eles vêm ao posto, querem outras coisas que o SUS não oferece no momento. No caso das visitas, normalmente, já tem uma demanda de visita domiciliar, que são pacientes acamados que não podem vir ao posto porque ou tem uma deficiência motora, outros não querem vir e a gente acaba indo atrás, tem que fazer aquela busca ativa, mas, por exemplo, eu quando eu vou para fazer uma VD, eu vou para observar o todo, além daquela queixa clínica, o todo, o convívio da pessoa. O que se observa muito é a solidão das pessoas e a sujeira em que elas vivem. Precisaria de um mutirão de limpeza. Uma sujeira assim...que você fala, nossa, uma pessoa com essa idade, com esse problema de saúde não deveria estar vivendo em uma situação dessa. A sujeira talvez, não é, ajude a contribuir para o problema dele. (Aux. de Enfermagem 01, 2010)

Os profissionais de medicina também enfocam a problemática do idoso, mas trazem outras demandas que consideram de ordem social e que refletem no trabalho, como a questão financeira dos usuários, os moradores de rua e a população que vive na favela. Seguem depoimentos:

Eu acho que a questão financeira, porque a gente lida com pessoas carentes, se bem que aqui, é um bairro que, tirando algumas áreas, não é, mas no meu caso específico na minha atual equipe, existem sim, mas eu acredito que nem seja a maioria; é diferente de uma outra equipe, por exemplo, que acompanha uma área de favela, uma área de moradores de rua. Existem as pessoas carentes, financeiramente, vamos dizer assim, mas o que eu vejo muito também, é a carência no cuidar. Então, é o idoso meio abandonado pela família, ou a criança cuja mãe também não cuida bem, ou aquele que tem um problema qualquer emocional, mental que tem uma certa limitação, que também é meio excluído dentro da própria família, a gente vê muito isso. Acho

que um dos grandes obstáculos nossos é lidar com isso. (Médica 01, 2010)

[...] Existe a demanda de violência, a gente já está trabalhando com a notificação de violência, porque eu sei que o Ministério da Saúde precisa de dados concretos para poder ter ações concretas em relação a isso, então chega bastante queixa. Não é uma queixa diária, mas a gente trabalha também com violência doméstica, com violência em relação à criança, já tive alguns casos e com dificuldade mesmo, financeira, que a gente acaba fazendo alguns encaminhamentos, acho que são as principais. [...] (Médica 02, 2010)

Para os profissionais ACS, a identificação das demandas não se difere dos demais profissionais da equipe. Ressaltam o aumento dos problemas considerados de ordem psicológica, a solidão, os idosos, mas também relacionaram com a ecologia (meio ambiente), o cuidado com o bairro, as praças, até em função da preocupação com os surtos de dengue e, que tem demandado muitas ações neste sentido para os profissionais.

O contato que os ACS mantêm com a comunidade é tão próxima que se sentem em muitas ocasiões como médicos, assistentes sociais e psicólogos, tendo que, ao seu modo de ver, dar conta de muitas dimensões que surgem no seu cotidiano de trabalho. Destaca-se esta situação:

ACS 3: É difícil dizer o que é o principal, porque surgem várias demandas, na minha área, é muito a parte psicológica, muita gente com problemas psicológicos. Tinha dengue na nossa área, então muda muito o foco, são vários. O meio ambiente. A questão da limpeza, tudo isso... praças, essas coisas, pessoas idosas, sozinhas, que os filhos não cuidam, não ficam junto, abrange muita coisa.

ACS 2: No bairro tem muito mais idoso do que jovem.

ACS 1: Praticamente, a grande maioria é idosa.

ACS 4: A maior parte dos idosos aqui, é de oitenta, noventa. O de oitenta está cuidando do de noventa, você não sabe quem está cuidando de quem, o cuidador é uma coisa muito rara de se achar e quando acha também é muito complicado, o vínculo é difícil, nossa.

ACS 1: A necessidade que as pessoas têm, às vezes quando a gente está ali, junto ali, acompanhando, é a de ouvir eles, não é, ouvir um pouquinho, não é, principalmente o pessoal de terceira idade, quando você vai visitar, eles querem convívio, que você ouça, às vezes você está, você tem lá toda a sua rotina de trabalho você tem que cumprir, as perguntas, as coisas que você tem que fazer, tem que passar no seu relatório, mas eles querem ouvir além daquilo, “não, vamos tomar um cafezinho, vamos...”, a questão do convívio, então a gente vê isso, a necessidade da pessoa... [...]. Então às vezes você sai até um pouquinho da sua rotina.

ACS 5: muitas vezes é um assistente social, se é um psicólogo, se é um médico. (Grupo ACS 01, 2010)



O ACS é o elo inicial do trabalho, aquele que recebe e encaminha as demandas individuais e coletivas da comunidade e principal porta-voz do modelo de saúde que se implementa. As intervenções priorizam as questões de saúde básica, naquilo que se configura nas ações cotidianas do trabalho. Porém, as demandas que chegam ao ACS não se restringem às ações de saúde básica, nem sequer ao campo da saúde.

Furlan (2008) levanta uma questão importante quando pensa o papel do ACS junto à comunidade e equipe que atua, destacando que quando se efetiva a existência de um profissional responsável por “identificação das necessidades de saúde no território”, na ponta do sistema, no caso o ACS, corre-se o risco de deflagrar maneiras de viver distanciadas do âmbito dos direitos humanos.

Acrescenta, destacando que se não há uma definição de uma “metodologia que combine ofertas técnicas com demandas/necessidades dos usuários dos serviços, pode-se reforçar um modo de atendimento baseado em conceitos biomédicos tradicionais e na medicalização do sofrimento” (p.375).

OS ACS em sua prática acabam se defrontando e escancarando mazelas sociais, que dependeriam da construção de políticas e de estratégias de intervenção mais amplas do que o limite das práticas de saúde. Ou mesmo, defrontam-se com problemas de saúde pública intrinsecamente relacionados com questões sociais, com a violência, para citar um exemplo, que exigem intervenções intersetoriais ou mesmo com outros referenciais dentro do campo da saúde, que não somente o biologicista ou pautado no surgimento de doenças e patologias. (FURLAN, 2008, p.375)

O ACS é visto pela comunidade onde atua como alguém que pode auxiliá-lo, pois está inserido em um serviço público, o que facilita a comunicação e a apresentação de suas demandas naquele momento, demandas estas, que podem ou não estar relacionadas a ações de saúde básica, mas que são, na maioria das vezes, consideradas demandas sociais.

As demandas sociais são, muitas vezes, encaminhadas para outros serviços e não são reconhecidas como trabalho de responsabilidade do ACS. No cotidiano observado, não há a leitura do atendimento às demandas sociais como possibilidade de intervenção do âmbito da ESF e, conseqüentemente, ao próprio ACS.

Os ACS buscam informações com os profissionais da equipe, pedem apoio para esclarecimento de problemáticas com as quais se defrontam e que não cabem nos moldes estabelecidos na saúde, perguntam sobre demais equipamentos sociais que desconhecem e orientam a população.

O ACS faz parte, muitas vezes, da rede pessoal daquele que ele atende, agora profissionalmente. Por sua característica de liderança, sua participação local antecede – evidentemente, em outro nível e qualidade de comprometimento – a sua função como ACS. Ele já é conhecido, tem vínculos, entra na casa das pessoas com outros recursos e disponibilidades. O espaço comunitário desses ACS inscreve-se, na maioria das vezes, em uma zona de vulnerabilidade social, tendo a política da ESF a possibilidade, caso ultrapasse os limites da saúde básica, de contribuir para o fortalecimento das redes sociais comunitárias de suporte.

Malfitano e Lopes (2009), ao pesquisarem como os ACS trabalham com as demandas sociais no seu cotidiano, destacam que o escopo de ação “pode ser ampliado a partir do campo da saúde e criar desdobramentos que interfiram no cotidiano e vida das pessoas em outros aspectos, atuando nas suas redes pessoais, produzindo significantes não só objetivos, mas também subjetivos, potencializando a ação dessa política pública” (p.08).

O trabalho de acompanhamento das famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social, “numa perspectiva de não se restringir ao controle de problemas de saúde específicos”, busca “apoiar a luta desses moradores pela vida, entendida de forma mais ampla”. Os problemas destas famílias nem sempre poderão ser “curados”, mas certamente poderão ser “cuidados” (VASCONCELOS, 2001, p.152).

Para os profissionais do NASF, esta identificação de demandas sociais também aparece, ressaltando como em seu cotidiano de trabalho, estas demandas chegam até eles. Destaque também para a identificação das questões de violência e a problemática do abandono do idoso. Isto de certa forma evidencia que os profissionais da ESF têm o NASF como referência para a discussão ou encaminhamento destas situações.

O que chama atenção é um pouco o grau de desestruturação de algumas famílias, daí tem a ver com a questão do recurso financeiro e o modo como a família consegue se organizar e consegue se estabelecer e se constituir como rede de apoio para os membros familiares. Eu acho que essas demandas dá para interpretar como uma demanda social. [...] Há casos de alguns pacientes que a gente atende com questões de ordem emocional, mas que o convívio, a inclusão, se sentir participante é uma coisa que está definindo, também. E questões da ordem de passe, carteira para o SPTrans, laudo para o INSS, essas coisas mais burocráticas e completamente relacionadas a algum benefício social. São mais essas situações. (Psiquiatra NASF, 2010)

Vêm todas as demandas possíveis, porque vêm situações de extrema miserabilidade, onde tem necessidade de cesta básica, onde tem necessidade mínima de sobrevivência. [...] Então vêm situações de relacionamento familiar, vêm situações de violência com relação a

idoso, muita situação de violência, negligência contra idoso, com relação à criança, à mulher, por incrível que pareça, vêm muito velada, mas ainda vêm, de mulheres agredidas fisicamente, vêm demandas de benefícios sociais, de LOAS, do BPC, vêm da aposentaria, vêm questões de recursos de justiça gratuita, vêm todo o tipo, relacionamento familiar conflitivo, que vem achando às vezes que a Assistente Social vai lá tirar o sobrinho que está agredindo a avó, ela é tia-avó, vêm todo o tipo de situação, habitação, também de pessoas com problemas relacionados à Prefeitura, à documentação, Certidão de Nascimento. (Assistente Social NASF, 2010)

Olha, o que aparece muito aqui é situação de negligência ou de violência em relação a idosos. A gente tem uma população de idosos muito, muito, muito grande. E assim, por um contexto social até, a gente, os jovens da família, os adultos jovens são obrigados a sair de casa pra trabalhar e o idoso fica sozinho, não é. Então, é esse é um problema, e um outro problema que eu acho que vem meio junto é a falta de rede social. (Psicóloga NASF, 2010)

O mais presente é... como eu mexo muito com a parte do idoso, eu vejo um problema social muito presente, praticamente 100% das casas que eu visito eu vejo um problema social. Pode vir como um problema financeiro, que acaba vindo outros problemas junto, ou problema com filho, ou com droga de filho, de algum parente envolvido, então assim, tem muitos problemas sociais, que eu acabo encarando nessas visitas, até mesmo com paciente em consultório, acaba que aqui a gente, em uma consulta de fisioterapia, a gente não fica só na fisio, a gente acaba passando por todos os problemas deles, e o problema social está praticamente em 100%. Todos eles. (Fisioterapeuta NASF, 2010)

Que análise se pode realizar a partir do destaque dado às demandas sociais pelos profissionais da ESF e NASF? Defende-se a ideia de que as demandas sociais também são demandas de saúde, pois senão não se apresentariam como demandas de trabalho para os profissionais e não haveria referência a elas no cotidiano de trabalho.

As doenças e as formas de adoecer e os sofrimentos ligados a elas são indissociáveis das transformações que configuram o campo social. A sociedade vive em constante mudança, mudando também as formas de vida, de trabalho, de relacionamento e que vão demarcar as velhas mas também novas demandas de trabalho.

Neste sentido, é preciso estar atento às mudanças societárias que estão em andamento, marcadas pela degradação da sociabilidade, levando a individualização do sujeito ao abandono, as formas de violência cada vez mais expressivas, a miserabilidade, as precárias condições de vida e de trabalho que marcam a sociedade capitalista.

Figueiredo e Furlan (2008) chamam a atenção para este contexto destacando que é fundamental para a área da saúde a reflexão sobre as formas de subjetivação coproduzidas nos

territórios, onde persistem os processos de exclusão social e desigualdade social. “As práticas de saúde devem ser sensíveis às novas configurações familiares, de grupos e de redes sociais, e, sobretudo, às diversas formas de sofrimento, inscritos ou não no corpo, manifestos ou não na fala dos sujeitos.” (p.162)

Diante destas identificações das demandas sociais, procurou-se constatar como as equipes e os profissionais trabalham com estas demandas, qual a forma de encaminhamento ou solução destas problemáticas. Surge neste momento, a referência constante aos profissionais do NASF, que embora implantado recentemente, este serviço tem tido um impacto na organização do trabalho das equipes da ESF.

É importante analisar se esta referência, que é positiva, tende a ser por entender que estas demandas devem ser trabalhadas por todos os profissionais, ou se há uma tendência de se transferir estas demandas sociais para os profissionais do NASF.

O NASF trabalha com o princípio do matriciamento, com o projeto terapêutico, com a proposta de duplas de referência dentro das equipes da ESF. Nesta direção, destaca-se pela perspectiva dos profissionais da ESF, como trabalham e encaminham as demandas sociais.

A primeira situação que se destaca ao pensar como as demandas sociais são trabalhadas é a problemática do abuso sexual com crianças e adolescentes. Uma das profissionais da equipe da ESF, destaca que ao trabalhar com a criança e o adolescente, percebe que os mesmos trazem dúvidas e questionamentos que evidenciam história de abuso. A equipe busca averiguar a situação e constata que de fato a violência acontece. Perguntado sobre como o profissional ou mesmo a equipe consegue lidar com isso, a resposta que se tem é que:

Quando eu comecei a fazer o trabalho de sexualidade, entre uma oficina e outra as adolescentes perguntavam que se a pessoa foi abusada e ela não menstrua ainda ela fica grávida? Ai a gente vai atrás daquela história. Então até quando a gente pode fazer essa denúncia, tem disque denúncia anônimo, o que pode surgir dali pra frente, as próprias agentes de saúde têm medo de fazer a denúncia porque a gente sabe que aquela família já roubou o carro, por exemplo, de uma profissional do projeto, o padrasto da adolescente era ex-presidiário, convivia com um monte de coisas, no final ele foi morto a tiros depois de um tempo. Faz algum tempo, e por exemplo a mãe dessas crianças ela fica como flanelinha pra lá e pra cá, daí os homens de bar comentam, aí o peitinho daquela criança tá nascendo e a gente se sente um pouco meio constrangida. Igual essa mãe teve uma época que ela estava tossindo muito e a gente estava com suspeita de tuberculose e ela não vinha de jeito nenhum no posto coletar escarro, fiz um receituário pedindo pra ela comparecer ao posto, foi feita tentativa de

VD, mas ela não estava em casa, então o acesso a ela também dificultou – se em toda essa parte mesmo. (Enfermeira 03, 2010)

Perguntou-se se a equipe chegou a denunciar o abuso, mas a equipe se sentiu insegura e acuada para dar andamento à situação. Destaca-se que “não foi feita essa notificação por esse medo, por que a profissional do projeto havia sofrido esse tipo de violência por parte do padrasto, então como tinha um histórico de ex-presidiário e tudo mais, a equipe ficou com receio” (Enfermeira 03, 2010).

Situação semelhante surge com relação à falta de notificação e denúncia de violência com os idosos. Esta problemática é colocada como uma das demandas que chegam até o NASF e que as equipes de saúde não têm assumido o papel de denunciar tais práticas por se sentirem presas à falta de apoio de uma rede de proteção para o idoso e para as famílias destes idosos:

Todo mundo fala de constituição de rede e tudo, mas parece que ainda é uma coisa ainda muito incipiente aqui. Quando a gente sugere que por exemplo, um caso de negligência, um caso de violência, que as pessoas podem e devem assumir o papel de denunciar, ou de tomar uma iniciativa, de contratar cuidadores na própria comunidade a equipe de saúde resiste bastante. Porque a denúncia parece que é uma coisa perigosa de ser feita e a instituição não se encarrega de uma denúncia como instituição, então acaba se tornando algo pessoal. Se você não denuncia, você alimenta o ciclo, se você denuncia, você pode ser morto na esquina, entendeu? Então assim, eu tento trabalhar com eles de que a própria equipe, a própria comunidade pode sim, poderá de algumas questões, não cabe à saúde fazer denúncia só, não cabe à saúde tentar ver um cuidador na comunidade, embora a gente possa estar junto pra fazer isso, mas as pessoas se sentem pouco capacitadas para lidar com situações desse tipo. Situações de violência aparecem, violência doméstica. [...] Então, eu acho que tem algumas culturas que acabam atrapalhando isso, cultura de encobrir, de não falar, de delegar coisas. Mas assim, basicamente a negligência e violência doméstica. (Psicóloga NASF, 2010)

Na fala do profissional aparecem duas situações sobre a questão da denúncia. Uma é a dificuldade da equipe e dos profissionais lidarem com a denúncia de violência e do abandono e, outra, por parte da própria comunidade. Isto mostra o quão se está preparado para lidar com estas situações e demandas.

Isto reforça a constatação que a racionalidade médica se faz presente no entendimento e encaminhamento de situações destas naturezas, pois a premissa é a busca pela objetivação do sujeito e pela neutralidade na relação seja: médico-usuário/paciente e, na relação equipe de saúde-usuário/paciente, cujo desdobramento é o processo de expropriação

da dimensão sociocultural, da subjetividade e das possibilidades de manifestação do que é mais especificamente humano no encontro entre usuários e profissionais de saúde.

Com a questão do idoso, se mostrou uma preocupação unânime. Destacar-se-ão alguns dados sobre este segmento populacional, pela relevância que tem assumido no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde.

O Brasil vem apresentando uma mudança no seu perfil populacional, devido ao aumento relativo e absoluto da população idosa. Nos próximos vinte anos, o número de idosos poderá ultrapassar 30 milhões de pessoas e representará quase 13% do total da população ao final desse período, em contraste com os 8% que existem atualmente (BRASIL, 2006c).

De acordo com a OMS, até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de idosos. Se por um lado, este número cresce rapidamente, por outro, o setor público tem como desafio elaborar políticas que visem responder as diferentes demandas desta parcela populacional. No âmbito da legislação, a Política Nacional do Idoso Lei nº 8842, de 04/01/1994, regulamentada pelo Decreto nº 1948, de 03/07/1996, foi um importante avanço no sentido de assegurar os direitos sociais, promoção da autonomia, integração e participação do idoso na sociedade.

Também foram definidas atribuições e diretrizes para os diversos ministérios do governo envolvidos nesta política. Ao MS ficou estabelecido que no âmbito das três esferas públicas deveriam se articular no sentido de garantir ao idoso a assistência integral à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS, além de desenvolver programas de prevenção, educação e promoção da saúde, estimulando a permanência do idoso na comunidade e no contexto familiar.

Com o objetivo de responder a necessidade do setor da saúde em dispor de uma política relacionada à saúde do idoso, a portaria nº 1395/GM de 10/12/1999, anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso. Tal política considera a perda da capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, como o principal problema que pode afetar o idoso.

Sendo assim, as ações voltadas para essa população têm por finalidades recuperar, manter e promover a autonomia dos idosos e considera que a família é “via de regra, a executora do cuidado ao idoso” (BRASIL, 2006c). O cuidador familiar é a pessoa que oferece os cuidados para suprir a incapacidade dos idosos e auxiliar nas situações de dependência, tornando-se um elo fundamental entre o planejamento das ações de Políticas Públicas de Saúde e a sua execução.

Justamente por isso, esse documento também prevê um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, e coloca a ABS como fundamental para esse suporte. O cuidado com o idoso deve basear-se, fundamentalmente, na família com o apoio das equipes de saúde das UBS ou ESF, as quais devem representar o vínculo com o sistema de saúde. Esta questão foi explicitada pelo profissional médico, destacando a forma como as equipes têm tentando trabalhar a questão do idoso e seu cuidador:

A equipe de saúde da família é uma equipe que normalmente tem um vínculo, tem que estabelecer um vínculo maior com a família e com os cuidadores, se não tem cuidador, a gente tenta estipular alguém para o cuidado, se mesmo assim não adianta a gente passa para a equipe de apoio, esses familiares são convocados, a gente tenta na maioria do possível, através de um vínculo, tentar orientar essas famílias. (Médica 02, 2010)

Neste sentido, o sistema formal de atenção à saúde precisa atuar intersetorialmente e também, como parceiro da rede de suporte social da pessoa idosa, auxiliando na otimização de suporte familiar e comunitário contribuindo para a formação de uma rede e coresponsabilizando neste processo: o poder público, a família e a comunidade.

Retomando a discussão sobre o trabalho com as demandas, na perspectiva dos auxiliares de enfermagem, o que se percebe é que pouco conseguem lidar com as demandas sociais, recorrendo em muitas situações à equipe como um todo ou para o NASF.

Por exemplo, o auxiliar de enfermagem, ele não tem mão para isso, não tem mão para fazer encaminhamento. O meu encaminhamento chega aqui, anoto em prontuário e comunico à enfermeira. Aí a enfermeira que vai tomar as providências. (Aux. de Enfermagem 01, 2010)

No começo, quando eu comecei, tinha muita dificuldade, porque aí você também precisa de recurso, precisa ser amparado para dar esse apoio. E no começo não tinha. Agora, não, agora está aparecendo, mais, que nem entrou o NASF. Por às vezes você percebe, tem um limite por exemplo, nós da equipe técnica, a gente chega, porque a gente invade a casa do paciente, você vê certas coisas que você fala “Meu Deus mas que situação” Mas você tem aquele limite. Porque aí você tem ir para outros recursos, procurar outros recursos. Então eu acho que o NASF veio para dar um respaldo para a gente. Então eu acho que a gente pode melhorar ainda mais, porque eu acho que a gente ainda fica com a mão atada, você quer fazer uma coisa, mas você também tem que ver também o seu profissional, porque você tem um certo limite onde você pode chegar, porque se você passar, já está invadindo e você já está com o emocional, então tem que saber lidar com o emocional e o trabalho. Porque às vezes você trabalha com os

dois juntos, e você acaba invadindo além daquilo que você... não te permitem (ou vão te permitir). (Aux. de Enfermagem 02, 2010)

Na fala dos profissionais, o que se destaca não é como trabalham com as demandas sociais, poucos vão destacar esta perspectiva, pois trabalhar com as demandas sociais é encaminhar para o NASF.

Eu, na minha função, não faço muita coisa não, o que realmente é mais feito, é discutido em reunião é aquela coisa, passar a bola, o que acontece, são os grupos realizados pelos profissionais do NASF, algumas vezes aquelas consultas individuais, que não são tão fáceis, porque não é essa proposta, o que eu mais digo para nós não é essa proposta. Eu aqui na Unidade Básica de saúde com relação a essa demanda eu não faço muita coisa não, eu faço o que me é mandado, o que me chega nas minhas mãos. (Aux. de Enfermagem 03, 2010)

Então, o que a gente sempre procura fazer primeiro é uma visita. Sempre que aparece um caso desse, uma reclamação, a gente procura fazer uma visita, para ver como está aquele ambiente, para tentar ver se conseguimos, na visita, solucionar alguma coisa. Então fazemos a visita, vemos o que está acontecendo, se já tem como dar um apoio, e se de repente não conseguimos dar esse apoio de imediato, então procuramos as outras redes, que é o NASF, ou então, de repente, a igreja, se pode ajudar em alguma coisa, procura-se o serviço social. (Aux. de Enfermagem 04, 2010)

Tem-se aqui a possibilidade de pensar esta forma de encaminhamento dos profissionais da equipe ao NASF, podendo-se recorrer a estratégias já existentes no âmbito do trabalho cotidiano e que pode ser explorado, garantindo assim, outra forma de entender e dar respostas às demandas sociais.

Com apoio em Figueiredo e Furlan (2008), destaca-se que para superar a lógica do encaminhamento seguido de desresponsabilização, é necessário, reorganizar a forma de contato entre as equipes da ESF e o NASF. Parte-se do arranjo do Apoio Matricial, papel exercido pelo NASF que oferece suporte técnico especializado às equipes. A partir de discussões clínicas conjuntas, apoio para a construção de PT ou mesmo intervenções conjuntas concretas com as equipes como: consultas, VD, atividades de grupo, etc.

O papel não é de simplesmente se transferir o problema para as duplas de referência do NASF, ou para o núcleo como um todo, mas identificar no NASF a contribuição para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde que contemple a complexidade da vida dos sujeitos.



Isto possibilita que o profissional e a equipe conheçam na singularidade o modo de viver do sujeito, sua história de vida, os sentidos e significados no adoecimento, participando e colocando-se como coresponsável pela cura e resolução do que o aflige.

Além da referência ao NASF, há profissionais que identificam a importância do ACS no encaminhamento das demandas sociais, pois conhecem os recursos da comunidade e articulam as necessidades na própria comunidade. Esta questão apareceu em muitas falas e situações. Os profissionais preferem articular os recursos necessários, principalmente os materiais como cesta básica, encaminhamento de emprego, enxovais para bebês, etc, com a comunidade do que acionar os serviços públicos como a assistência social, de trabalho e emprego, pois as ações são muito burocráticas e demoradas.

A gente discute em equipe, agora com a entrada do NASF ajudou muito. Porque além de discutir em equipe, discute com o NASF, dá uma diretriz, as agentes comunitárias são peças fundamentais, porque a gente tem, querendo ou não, a gente tem algumas referências de igrejas, de pastorais que acabam nos ajudando, a gente tem esse feedback, mas o NASF ajudou bastante. E quando não tinha o NASF, a gente ficava mais ou menos...a equipe tinha que resolver, então a gente corria atrás de vários recursos. E aí foi, foi, e graças a Deus melhorou isso um pouco, até mesmo porque a gente tem assistente social, tem psicóloga e tudo mais. (Enfermeira 02, 2010)

A gente faz essa parte social, porque a gente vê as dificuldades dos usuários. A gente já conseguiu cesta básica da igreja, a gente vai na igreja e fala que tem aquela família que está necessitada, então eles vão até lá, na minha área já teve isso, com os vicentinos, cadeira de rodas, o leite, para idosos e crianças, então quando a gente vai em uma visita a gente vê o todo, identifica e traz o problema, porque aí a gente sabe dos recursos então a gente vai... na minha área tinha uma família e ela ficou usando de cesta básica um bom tempo, agora ela falou que não vai precisar mais que deixe para os outros, e não é só isso, agora eu lembrei de roupinha de neném. Quando você vê que uma criança nasce e tem aquela carência, aí a gente sabe que não sei quem tem para dar, então as pessoas que têm mais condições faz essa ponte. Uma vez eu nunca me esqueço, no início, até geladeira, logo no início, eu fiquei sabendo de uma pessoa que estava precisando... Então eu me lembro de uma geladeira, essas coisas, quando eu sei, quando eu sei que está precisando de roupinha que sei que a outra tem uma criança menor, então a gente faz isso. (Grupo ACS 04, 2010)

Na prática de saúde, olhar para outros aspectos não tradicionais/hegemônicos implica trabalhar com outros equipamentos e instituições. Isto de certa maneira se traduziu na fala dos ACS, quando procuram a rede de apoio da comunidade para trabalharem com as demandas sociais.

Os serviços de saúde não darão conta da totalidade humana e se torna importante o apoio em outras equipes e redes, articulando saberes tanto para conhecer outros âmbitos da vida do indivíduo, como para tentar compor uma ação com outros núcleos de saberes.

Figueiredo e Furlan (2008) apresentam a mesma situação, destacando que o trabalho em rede é valorizado quando se trata de outros equipamentos de saúde, em relação aos demais, de outras áreas, existentes no território. “Então, uma equipe dialoga mais facilmente com uma outra equipe de saúde do que com a ONG educativa do bairro, com a delegacia de polícia, com a escola, com a fábrica. Ainda há desistência e resistência a montar um projeto assim.” (p.174)

Perceber esta abertura dos ACS em buscarem os recursos da comunidade, mostra uma possibilidade ampla e maior de articulação dos serviços com a comunidade. Mesmo que inicialmente esta aproximação se dê em razão da ineficiência do Estado e do gestor municipal em atender às necessidades da comunidade e usuários, isto abre portas para estabelecer vínculos e redes de apoio com os recursos da comunidade, território este onde vivem os sujeitos sociais.

Alguns grupos educativos da ESF e NASF já são realizados em espaços da comunidade como escolas, salão da igreja, mostrando uma comunicação mais próxima entre os serviços de saúde e os recursos da comunidade.

Isto vai exigir a construção da intersetorialidade seja no sentido macro, no estabelecimento das políticas sociais intersetoriais, como na dimensão micro, das relações, no contato com o usuário, na elaboração de um PT, no raciocínio clínico, na elaboração de ações de saúde na unidade local.

O trabalho com o social na saúde, é um trabalho complexo, e que não encontra respostas fáceis na solução destas demandas, ou como muito se identifica como um problema social, pois exige pensar e concretizar ações ampliadas e que estejam voltadas para a dimensão do social.

Entende-se neste momento que mesmo frente todas as dificuldades e desafios que se colocam no trabalho do social na saúde, existem ações e propostas que auxiliarão a olhar para o social na saúde de outra forma, não vendo mais estas demandas sociais com receio, ou a única forma de resolvê-los é encaminhar aos profissionais do social. Aqui na pesquisa muitas vezes expressos para os profissionais do NASF.

Uma questão, que é inovadora, é a incorporação de profissionais que tradicionalmente não são caracterizados como profissionais de saúde, como é o caso do educador físico que hoje integra o NASF. Quando identificado como ele consegue identificar

e trabalhar as demandas sociais que aparecem no cotidiano de trabalho, evidencia como a formação profissional precisa abarcar as novas demandas e necessidades que as políticas sociais exigem, ou mesmo no mercado de trabalho, pois ao trabalhar com a saúde teve dificuldades de perceber as demandas sociais que aparecem e, destaca:

Eu gostaria que tivesse uma possibilidade de ter um olhar maior para essas demandas. Aparentemente, quando as pessoas formam um grupo de atividade física, essas demandas não me saltam aos olhos, tanto que agora entrando em reuniões e em outros tipos de reunião é que as pessoas “Olha tem um caso tal, ah ele faz atividade física com você, você não percebe?”. Eu não percebo... “Ah, essa pessoa vem com várias queixas...” Engraçado, aconteceu isso com a assistente social, que ela via uma pessoa queixosa com várias demandas sociais que era uma, e depois encontrou essa pessoa em uma atividade física, que isso não estava nela, a pessoa não estava nem aí para as necessidades, naquele momento ela ali na atividade física, então eu gostaria também de poder circular nesses dois mundos. Eu acho que com as entradas nas reuniões, essa possibilidade de um maior contato, esse enxugamento dos grupos, isso pode acontecer mais. (Educador Social NASF, 2010)

Isto coloca a necessidade que se tem, no âmbito da formação profissional, das profissões estarem atentas às necessidades que a sociedade coloca e as novas exigências e demandas que surgem para os profissionais da área da saúde, incluindo o educador físico.

Este entendimento remete explicitar a importância da formação profissional e dos modos de gerenciar o trabalho que não limitem o desenvolvimento e criatividade das práticas profissionais comprometidas com cuidado.

Nesta direção, as práticas profissionais desenvolvidas refletem um modo de agir vinculado aos interesses e diretrizes de uma dada política e modelo assistencial de saúde. Conseqüentemente, a formação profissional está vinculada a uma determinada “estrutura das práticas de saúde, ou seja, pela organização dos serviços de saúde e pela influência sobre o mercado de trabalho do setor, ambos condicionados pelas práticas de saúde do Estado” (PIANCASTELLI et. al., 2000, p.48).

Piancastelli et. al. (2000) identifica que a formação de profissionais com um novo perfil, que atendam práticas vinculadas à realidade social e a necessidade de um novo modelo de saúde tem acontecido, tanto na academia quanto no âmbito dos serviços, num esforço de superar dicotomias no processo de trabalho e de ensino em saúde, tais como “teoria x prática, fragmentação x integralidade, individual x coletivo, preventivo x curativo, saúde x doença, etc.” presentes nas práticas profissionais (PIANCASTELLI et. al., 2000, p.48).

Porém, apesar da busca de uma formação e proposta mais integradora já introduzida no universo acadêmico, o modelo hegemônico flexneriano continua sendo reproduzido nos espaços de formação e de trabalho tradicionais. Os médicos e outros profissionais de saúde, de modo geral, têm isolado os aspectos sociais e emocionais, dedicando-se somente ao biológico que fragmentam em subáreas, conhecidas como especialidades médicas (pneumologia, oftamologia, etc).

Estes entendimentos, tanto da complexidade do objeto saúde, como da sua inequívoca vinculação ao biopsicossocial, não têm sido suficientes para garantir que a prática profissional seja exercida com base nessa compreensão. “É na prática que se verifica a determinação socioeconômica (a atuação do complexo médico-industrial), que com sua sobredeterminação pedagógica (o ensino dentro do modelo flexneriano) sobrepuja a elaboração teórica.” (ROS, 2000, p.09-10)

Como consequência, as mudanças das práticas profissionais de saúde deverão estar embasadas em novas habilidades, atitudes e valores éticos que superem a concepção da prática apenas como assistência individual e uniprofissional no enfrentamento das questões vinculadas ao processo saúde/doença. Isto pressupõe a existência de um modelo assistencial de saúde que defenda tanto técnica e competência, quanto integralidade e resolutividade, equidade e relevância social.

Aliada a estas mudanças, inclui-se a instituição da dimensão subjetiva das práticas em saúde, revalorizando para a população e para os demais profissionais, uma prática cujas relações interpessoais também resguardem o sentido humano das profissões de saúde. Isto contrapõe à visão predominante de uma separação entre o que é “técnico-científico e o que é humano nas ações técnicas, quer pelo conhecimento dos limites da primeira dimensão, quer pelo conhecimento dos espaços efetivos da segunda, no interior das intervenções e da produção dos serviços” (MENDES, 1996, p.276).

Esta compreensão permite entender o profissional de saúde como um trabalhador social, cuja intervenção é comprometida com os usuários que atendem, criando e estabelecendo vínculos com a comunidade em seu cotidiano em que se forma a consciência sanitária em cada tempo, formação social, política e cultural.

Para ilustrar esta questão e evidenciar os desafios que se colocam seja na forma de compreender as demandas e necessidades sociais dos usuários e, como isto se reflete na prática profissional, em uma das VD realizada com um médico, duas enfermeiras e a AS as quatro famílias que residem no mesmo terreno, mas em casas distintas com condições muito

precárias, auxilia a refletir como o modo dominante do pensamento biomédico se faz presente no encaminhamento das demandas sociais.

As famílias moram num terreno sem saneamento básico, tendo apenas uma pequena construção sem canalização que é usada como banheiro para todas as casas. Como consequência o esgoto corre pelo terreno inteiro, deixando o chão intransitável. É apoiado por tábuas para que as pessoas não pisem na própria sujeira.

O número de crianças (treze) morando neste espaço é significativo. Algumas estão em idade escolar e passam o dia em casa. Os pais estão desempregados e a equipe suspeitava de envolvimento com drogas por algumas pessoas.

Os motivos da VD foram vários, pois cada profissional teve um objetivo. Para o médico era constatar se as orientações, anteriormente dadas, tinham sido seguidas, como: ter organizado o saneamento básico das casas; se as famílias tinham colocado cadeado na porta de acesso ao terreno e se as crianças estavam com sapatos nos pés.

O objetivo de uma das enfermeiras era apresentar as famílias a outra enfermeira que estava chegando à equipe e iria acompanhar a situação. Para a AS, o intuito era conversar com uma das mulheres, que tinha seu marido hospitalizado, pois a caminho do trabalho foi atropelado por um ônibus.

No momento, o marido estava sem condições de alta e a família necessitava de uma série de documentos para dar entrada com processo contra a empresa de ônibus, benefícios relacionados ao auxílio doença, entre outros. Este marido, só dispunha de carteira de trabalho, tendo perdido os demais documentos. A sua mulher teria que ser sua curadora para poder tirar os documentos em nome do marido. Família sem renda e sem ter o que comer.

Esta situação demanda uma série de análises, que não se esgotarão aqui, mas como observadora, há o destaque para a atuação do profissional médico, diante das ações que o mesmo tomou frente à situação das famílias.

O profissional já havia ido à casa das famílias por duas vezes e identificado o **sintoma**: falta de saneamento básico, falta de segurança e as crianças andando descalças. Diante do quadro, **prescreveu** o seguinte **tratamento**: construir o banheiro com canalização, colocar um cadeado no portão e calçados nos pés das crianças. Resultado de sua prescrição, foi a não aderência ao “tratamento” oferecido.

O que se quer destacar com esta situação é a grande dificuldade que os profissionais encontram para trabalharem com estas problemáticas. O que o médico fez foi identificar a demanda social como “um sintoma de doença”, que necessita de prescrição e tratamento

como se esta situação social fosse resolvida como um tratamento para pneumonia, para então, restabelecer o equilíbrio harmônico daquelas famílias.

A situação familiar é tão delicada e complexa, que não é pela via da obrigação e da ordem que se resolve o problema. Mesmo que as famílias quisessem organizar o seu banheiro, ou colocar o cadeado na porta, iria requerer que tivessem recursos financeiros para implementar tais medidas, situação que não se resolveria, pois a maioria das famílias daquele local, nem emprego tinham. A mesma questão é a mudança repentina de entender que manter calçados nos pés é uma questão de saúde.

Isto reflete sobre o processo de formação, pois como observadora desta situação, ao mesmo tempo em que se percebia uma medicalização do social<sup>51</sup>, constata-se um profissional perdido, impotente e desesperado frente aquela demanda de saúde e social, sem resposta, sem retorno esperado pela ótica médica.

Qual a saída? Infelizmente recai-se em pré noções como: a família não tem solução, é preguiça, é falta de vontade de superar a situação. Ou como na fala da enfermeira: “precisam ver mais televisão (novela) para saberem como ter uma casa e um terreno limpos, pois a TV ensina” (WIESE, 2010).

A AS diante da situação e identificando, as formas de compreensão e encaminhamento dados pelo médico e enfermeira, buscaram refletir com os profissionais, que a situação é complexa e que exige uma ação conjunta e intersetorial para poder auxiliar a vida de todas aquelas famílias. A primeira ação é a criação de vínculos, pois nenhum encaminhamento/orientação será bem sucedida se a equipe não conseguir estabelecer vínculos que possibilitem a família ver na equipe um apoio para suas angústias e situações, sejam elas de saúde ou não.

A AS ressalta que o primeiro passo para poder auxiliar estas famílias é se desvencilhar dos preconceitos instituídos ao trabalhar e vivenciar situações como destas famílias que vivem na precariedade e em vulnerabilidade social e que ações multidisciplinares e intersetoriais devem ser implantadas, através do PT<sup>52</sup>.

---

<sup>51</sup> A medicalização social é um processo sociocultural complexo que vai transformando em necessidades médicas, vivências, sofrimentos e dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário e que envolviam interpretações e técnicas de cuidado autóctones. A medicalização acentua a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e muitas vezes até danosos aos usuários. Há ainda uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização da abordagem do modo de vida, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença (TESSER, POLI NETO, CAMPOS, s/d, p.1).

<sup>52</sup> Os profissionais, ao final da VD, marcaram atendimentos médicos e de enfermagem na unidade de saúde, tanto para as mulheres como para as crianças. Nos dias agendados ninguém apareceu. Pela avaliação realizada da AS, esta foi uma resposta das famílias ao tipo de abordagem que receberam, muito mais punitiva do que de acolhimento e do estabelecimento de um PT conjunto entre equipe e os sujeitos sociais envolvidos.

Diante deste quadro, não houve uma interlocução, um estudo da equipe e do NASF para estudar, avaliar a situação. Não se construiu um PT para juntamente com as famílias, envolvidas, pensar sobre a problemática que vivem e como elencar atitudes e ações que possam melhorar a condição em que vivem.

Embora de forma muito sucinta, como é relatada esta situação, cada profissional foi com um objetivo para esta VD, percebendo-se a fragmentação no atendimento a todas aquelas demandas ali expressas.

E o social onde ficou? Como a equipe viu refletido o social nesta demanda? O social ficou expresso como uma doença, ou como defendido no capítulo anterior, como o social da carência, sem perceber todas as necessidades que as famílias expressavam. Em não ouvir e conhecer as reais necessidades daquelas famílias, pois em nenhum momento, perguntou-se aos sujeitos desta história, qual era a perspectiva deles para a sua situação. Não são sujeitos de direitos, mas sim apenas reprodutores das decisões da equipe de saúde que sabe o que é certo e errado.

Reforça-se a ideia de que estas práticas não se alteram se também não houver mudanças no âmbito da formação profissional. Nos últimos anos, no Brasil, a construção e a homologação das diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde, visam desenvolver competências e habilidades para a atenção à saúde, para garantir a formação de um novo perfil de profissional de saúde para atuar no SUS.

Para tanto, os MS e da Educação aproximam-se, gerando ações conjuntas para reduzir a distância entre a universidade, os serviços de saúde e a comunidade. As reformas dos cursos de medicina, sem dúvida, envolvem inúmeros desafios.

Dentre eles, Campos (2007a) destaca a necessidade de se reformarem saberes e práticas para reorientar tanto a clínica quanto a saúde pública. Defende que os cursos de medicina devem se voltar para a formação de médicos capazes de resolver problemas de saúde, integrar-se em equipes multiprofissionais, reconhecer as determinações sociais, subjetivas e biológicas da saúde/doença, elaborar planos terapêuticos articulados a essas determinações, construir vínculos e assumir responsabilidade em lidar com a cura e a reabilitação dos seus pacientes.

Não só no exemplo do profissional médico, mas muitas vezes, o trabalhador é alguém que não teve uma formação específica para a área da saúde, como por exemplo: os vigias, os atendentes e os agentes de saúde, ou como no depoimento do educador físico, mas que desenvolvem no trabalho a sua história, aquilo que pensavam e pensam sobre o “trabalho, a saúde, a relação com os outros, a morte, a dor, a vida, enfim... o trabalhador de saúde pode

atualizar e rever sua história e sua concepção de mundo do trabalho” (FORTUNA et. al., 2002, p.273).

Entende-se que a modificação desse modo de atuar em saúde, também ocorrerá quando os processos de trabalho em saúde se alterarem, rompendo com o tradicional modelo de saúde e, estabelecendo o que se destacou acima: o acolhimento, o apoio matricial com as equipes de referência e os PT.

Quando a equipe consegue realizar um bom acolhimento, as possibilidades de identificação das demandas sociais são ampliadas. Para isso, não há necessidade de olhar para estas demandas de maneira desresponsabilizada, mas entendendo que é possível dentro do espaço de saúde acolher as reais necessidades e demandas do usuário, não focando única e exclusivamente os sintomas biológicos.

Com relação ao PT, entendendo como um conjunto de propostas terapêuticas articuladas para a atenção a um sujeito individual ou coletivo, envolve o desenvolvimento de uma clínica que valoriza aspectos além do diagnóstico biomédico e da medicação como forma de tratamento. Na fala, a seguir, mostra a percepção da importância do NASF e das equipes da ESF no fortalecimento do PT:

Atualmente, e isso é uma coisa importante, a gente tem o apoio do NASF. Isso é uma coisa que mudou muito, porque a gente consegue talvez até pensar juntos, então, é diferente. Inclusive porque cada um tem uma visão diferente, de acordo com a sua área. E isso ajuda bastante. Então a gente leva as discussões de casos, as discussões em equipe, porque é importante levar desde a participação do agente de saúde que conhece o caso por ser morador de bairro, às vezes é vizinho, às vezes é amigo, e então já existe um outro vínculo, uma outra relação, até ao profissional de formação médica, por exemplo, a outro de formação em psicologia, ao assistente social, ao psiquiatra, à própria questão nutricional, à fisioterapia que é uma coisa importante, às atividades físicas – o educador físico também trabalha com a gente. Isso é uma coisa que fez diferença e que faz diferença. A gente poder abrir um pouquinho e cada um pode pensar um pouquinho junto. Porque não dá para centrar só no médico, ou só nas questões de enfermagem, eu acho que tem ser uma coisa aberta mesmo, isso facilita. (Médica 01, 2010)

Isto exige também a construção de um PT como resultado de uma discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, a formação de vínculo com o usuário, bem como a participação dele na formulação do tratamento e responsabilização profissional. Todos estes processos garantem a construção de uma clínica ampliada e compartilhada, sensível à



complexidade das dimensões do humano e aberta à participação dos sujeitos na elaboração de escolhas e projetos.

Neste sentido, ao identificar que demandas sociais estão presentes no cotidiano dos serviços da ESF e como se trabalha com elas, outra questão levantada foi perceber que profissionais são importantes para trabalhar com estas demandas.

Quanto ao questionamento de quais são os profissionais importantes para trabalhar com as demandas sociais, surgiu uma série de respostas, desde as mais restritas, entendendo que no âmbito das demandas sociais, apenas alguns profissionais são específicos para trabalharem com o social e, outros profissionais que ampliam esta perspectiva, assumindo que a responsabilidade no cuidado e trabalho com o social é de todos os profissionais. Destacam-se a seguir algumas falas que expressam a forma de perceber a relevância dos profissionais no trabalho com as demandas sociais:

Todos, desde recepção, auxiliar de enfermagem, limpeza, enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde, gerência, administração, acho que todos. Porque um vai ajudando o outro, um sabe de uma coisa, outro fala para o outro, NASF, sabe, eu acho que é uma troca de experiências, um vai sabendo de um recurso e vai passando para o outro. (Enfermeira 02, 2010)

Além da equipe toda do PSF, eu acho que os ACS são muito importantes, porque o ACS, é quem mais traz isso para a gente, porque ele é que está todo mês indo visitar todas as famílias. Então, eu costumo visitar algumas famílias que eu já sei que têm problemas ou que têm essa necessidade. Ele não, ele visita todas. [...] De repente, a enfermeira, o médico, porque é o que vai estar dando suporte para a gente trabalhar, e agora tem a equipe do NASF também, que tem psicóloga, psiquiatra, tem o TO que a gente tem muito problema de criança na escola, então eles ajudam, tem a assistente social, todos esses profissionais eu acho que são bem importantes. (Aux. de Enfermagem 04, 2010)

A equipe multidisciplinar é super importante. Como falei, a gente trabalha em equipe. É essencial, a equipe nuclear é médico, enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários essa é a equipe nuclear que sem essa equipe, ou quando essa equipe está desfalcada tudo já fica difícil, de antemão. E a equipe de apoio, psicólogo é super necessário, psiquiatra, fisioterapeuta, a TO, a assistente social, pelas demandas expressivas que a gente tem na área social. Aí tem o educador físico que ele faz um trabalho muito legal, a nutricionista e a fono, a fono também faz um trabalho um pouquinho mais limitado, por conta de acho que ela não tem um instrumental, e no seu objetivo do atendimento fonodiaudiológico individual. (Médica 02, 2010)

Há a compreensão de que os profissionais do NASF também são importantes para trabalharem com as demandas sociais, destacando alguns profissionais em específico que compõe este núcleo de apoio a ESF. Destaca-se os posicionamentos:

Esse tipo de demanda social realmente a assistente social é muito importante porque ela tem uma outra visão da gente, da saúde, principalmente a visão de benefícios, muita gente vem atrás de benefícios que a gente não sabe responder, trabalhava numa empresa faliu, o que faz, entra no INSS ou não entra, o psicólogo um profissional da saúde mental, um profissional de reabilitação, fisioterapeuta, um educador físico, acho muito importante junto com a enfermeira e com o médico e com a agente de saúde. (Enfermeira 03, 2010)

Assistente social, psicólogo, a gente tem a psicóloga, ela é bem atuante, ela consegue dar uma evasão a isso, uma evasão nos nossos pacientes, que a gente tem, demanda. O AMA tem o assistente social deles, a Assistente Social do NASF, é uma profissional para quatro unidades, tinha que ter uma nossa. Porque é muito idoso, é muito caso que a gente tem que perguntar. É criança abandonada, certo, que fica o dia inteiro fora sem os pais, ou então família que não tem dinheiro, não tem de onde tirar dinheiro, é complicado. Você ir e não poder fazer nada. (Enfermeira 04, 2010)

A percepção dos profissionais do NASF sobre quem é importante para o trabalho das demandas sociais tem o destaque para a própria equipe que faz parte. A primeira ideia recorrente é o Assistente Social, mas que vem ampliado com os demais profissionais do NASF e da ESF:

Eu acho que a nossa equipe, eu acho que todo mundo tem condições de estar ajudando, porque quando você fala demanda social, tem um pouquinho de cada coisa na mesma coisa, eu acho que quanto maior o número de profissionais poderem estar juntos é melhor, agora juntos é essa questão de realmente ser transdisciplinar, não ser multidisciplinar, senão a pessoa fica retalhada, porque eu acho que é essa a nossa visão da estratégia saúde da família, é justamente isso, ter mais profissionais para ver essa pessoa. (Educador Físico NASF, 2010)

Eu acho que assistente social sempre, por conta de saber das leis, eu sei, e se alguém me pergunta o que tem que fazer de repente, olha o INSS, uma coisa assim que geralmente aparece, eu não sei informar, eu não sei fazer isso, então eu acho que a assistente social tem um olhar mais cuidadoso mais preocupado com as relações. E eu acho que um profissional em saúde mental, mas eu não sei como poderia ser a formação, porque normalmente eu não vi nenhum caso que não acarretasse com alguma desordem psíquica, alguma coisa só doença, quando tá muito mal socialmente, então pra mim são esses dois

profissionais. O TO claro, isso daí eu sou suspeito pra falar. (Terapeuta Ocupacional NASF, 2010)

Todos. Quem tem mais experiência, mais propriedade para falar é a assistente social, mas aqui nós temos uma para as quatro unidades e se formos esperar ela fazer tudo ela não vai dar conta e o paciente vai ficar tempos e tempos esperando. Então todo mundo aqui faz o que pode, de todas as áreas, desde o ACS a equipe, toda saúde das família e todo o NASF, não tem um que não se compromete com essa área, porque é o que é de mais importante no tratamento, é o aspecto social do paciente. Então aqui, a Nilza seria a referência que é o que a gente faz, mas todo mundo é um pouquinho de assistente social, porque ela não daria conta da demanda. (Fisioterapeuta NASF, 2010)

As práticas tradicionais de saúde estão tão enraizadas no entendimento de que a saúde cuida da doença, as que se manifestam concretamente no corpo (biológico), que tudo que vem além dele não cabe no cuidado com a saúde, restringindo assim os profissionais que cuidam da saúde.

Porém, já se tem construído novas formas de perceber esta questão e hoje muitos profissionais já conseguem perceber que a saúde é um conceito amplo que envolve todas as dimensões da vida e que todos são coresponsáveis, respeitando as suas especificidades profissionais. Destaca-se uma fala que expressa esta questão:

Não faz diferença. Para mim toda demanda já é social, até necessidade de um psiquiatra é social, não tem assim, o nutricionista quando ele vai dar uma orientação ele tem que levar em conta o que aquela família pode comprar, o que ela pode consumir, ou se a feira é perto ou longe da casa, se recebe um salário se não recebe um salário, se a dieta vem do HC, pronta, se é uma dieta integral, uma coisa assim. Se tem equipamento no posto se não tem, todo isso é social, faz parte do contexto em que a pessoa está. O psiquiatra, quem vai levar, o cara pode ir sozinho, não pode, tem que ter o benefício, não tem que... a psicologia eu já falei um pouco, o educador físico, tem barreira de acesso aqui grandes, os lugares são muito longe, as atividades se propõem a ser atividades coletivas, as atividades de educação física são também atividades de inserção social de constituição dessa rede, então acho que não faz diferença, toda a demanda do NASF ou toda demanda da saúde deveria ser social, mas acaba não sendo, parece que é um mundo a parte, eu não vejo diferença. (Psicóloga NASF, 2010)

É claro, que entender que todos os profissionais devem trabalhar com social, não implica compreender que o médico será Assistente Social, ou que é necessário que o auxiliar de enfermagem se torne um psicólogo, mas cada profissional dentro de sua especificidade, do seu olhar sobre a saúde e o cuidado, vão conformar uma outra forma de ver, compreender e intervir sobre as demandas sociais, compreendendo que também ali, em frente a um quadro de

tristeza, de violência, do medo da morte, também se encontram demandas de saúde e que a solução para estes problemas não está na mão única e exclusivamente nos profissionais do NASF, ou como muitas vezes citado dos assistentes sociais e psicólogos.

Com esta afirmação, não se despreza a especificidade dos profissionais, acredita-se que a presença deles é essencial na construção coletiva dos encaminhamentos e resoluções das demandas que chegam até a equipe.

Tomando como exemplo, a formação que o Assistente Social possui, isto reflete como algo importante na equipe, pois o profissional tem um olhar, uma formação voltada à integralidade das ações e que vai incitar esta questão junto à equipe.

No trabalho de Wiese (2003), já se defendia tal entendimento de que a presença do profissional de Serviço Social no âmbito da saúde e em especial da ESF, traz para o conjunto dos profissionais um olhar ampliado para as ações de integralidade, pois a base de formação deste profissional visa à defesa da universalidade, integralidade, justiça social, propiciando assim um outro olhar sobre as demandas de saúde.

Pensar que atualmente se integra ao NASF o profissional de educação física, que são aceitas medicinas alternativas dentro do SUS, faz perceber que existe uma proposta de se ampliar o foco do que se entende saúde e a necessidade premente de se garantir o foco da intersetorialidade, da interdisciplinaridade.

Entende-se que há saídas para garantir uma saúde ampliada, em que o foco esteja centrado no usuário, no cuidado, no direito à saúde. O desafio que se coloca é acreditar e fazer se tornar concreto no âmbito dos processos de trabalho na saúde.

Uma das questões inovadoras que o estudo traz, com certeza, é esta aproximação com a discussão do NASF, embora ainda muito incipiente, pois a própria implantação desta estratégia dentro da ESF é recente. Mas, isto não impede que se faça algumas abordagens e avaliações do processo de implantação e o trabalho realizado junto às equipes.

A SMS de São Paulo tem estabelecido ações e metas dentro da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006d), que resgata muitos dos princípios do Método Paideia, é importante perceber como os profissionais avaliam o processo de implantação do NASF junto às equipes da ESF.

Nesta direção, abordou-se com as equipes da ESF e o NASF a avaliação que os próprios profissionais fazem sobre o processo de implantação do NASF em seu cotidiano de trabalho, revelando facilidades e dificuldades, angústias, incertezas, expectativas e esperanças que os profissionais possuem ao pensar a construção de um processo de trabalho ampliado e humanizado. Evidenciam-se algumas falas neste sentido:

Então, no começo você tinha que procurar o respaldo, o amparo para a equipe, quando começava a invadir demais o lar da família, aí vem aquele negócio, “Ah você liga para esse número para eles te darem um retorno”. Então, isso era uma dificuldade, porque você nunca tinha um retorno, para falar a verdade, nunca tinha retorno. E quando tinha aqueles grupos de apoio que vinham até aqui diziam “ah, mas um momento, ah, vamos esperar” e você não tinha um retorno. Então quer dizer, desanimava. Com o NASF, claro que eu não estou falando que resolveu todos os problemas, porque eles também estão se adaptando. Acho que a gente está em um respaldo a mais. Quer dizer, se eu faço uma visita hoje, eu detecto algum problema nessa família eu já tenho quem procurar dentro da unidade, isso é importante. Se eu fiz a visita hoje e precisei desse respaldo hoje, que nem, num desespero, porque a gente acaba sendo desesperado, querendo resolver. Mas eu sei que se eu não tenho hoje, eu posso esperar amanhã, porque eu vou ter alguém para eu ir lá e falar. (Aux. de Enfermagem 02, 2010)

Então, às vezes a facilidade é também uma dificuldade: Por exemplo, a gente recebe as situações ou os casos, a gente recebe sempre através de uma outra pessoa, isso é uma facilidade porque já tem um contexto, um histórico ali daquela equipe que já conhece há muito tempo essa família, já vem acompanhando sistematicamente a pessoa, a família, em algum contexto. Mas ao mesmo tempo a dificuldade que existe nisso é que já tem um viés. Então, a situação acaba não sendo uma situação neutra. É... aqui, existe uma cobrança de um NASF ter, por exemplo, uma cumplicidade com a equipes de saúde da família. Na verdade, isso é muito perigoso, essa cumplicidade. É muito boa por um lado, porque dá uma força institucional grande e tudo, mas ao mesmo tempo a gente acaba às vezes atendendo a demanda da equipe e não tanto a demanda do paciente, então o paciente chega com uma queixa do tipo “ah eu tenho uma dor no dedão do pé” e aquela dor no dedão do pé acaba virando um caso social, enfim, as pessoas não têm muita clareza a respeito, tudo acaba virando uma grande discussão, não é, então não pode ser uma simples dor no dedão do pé. Existem casos de violência, casos que até envolvem, você até conhece caso de pacientes que envolvem questões judiciais e tudo, que paciente não tem a menor demanda, não existe uma necessidade do paciente, mas existe uma necessidade da equipe de estar próxima. Então se a gente está junto da equipe a gente é obrigada, vamos dizer assim, a responder de que forma isso? Eu estou junto da equipe, se eu estou junto da equipe eu não estou com o paciente, se eu estou com o paciente às vezes eu não estarei ao lado da equipe, então é uma posição muito delicada essa, parece que o NASF fica entre a instituição PSF e a instituição família, é uma coisa que transita no meio das duas coisas, acho que é uma faca de dois gumes mesmo. (Psicóloga NASF, 2010)

A fala da profissional de psicologia, levanta questões importantes sobre como os profissionais se sentem ao estabelecer um papel de mediação entre as equipes e os usuários. Como conseguir estabelecer e definir as demandas de trabalho do NASF? Será pela via do usuário ou pela vida das equipes?

Acredita-se que nem de um jeito, nem de outro, pois esta questão não se resolve se não se trazer o usuário, para a centralidade do trabalho, não discutindo com ele qual é a real necessidade e demanda dos usuários.

Retomando a discussão realizada sobre o social na saúde e concordando com Figueiredo e Furlan (2008), a doença não pode ser vista enquanto existente por si mesma. Ela habita um corpo, corpo que está num contexto, num território e que através da doença ou adoecimento também comunica algo, uma composição social, uma relação societária e de coprodução. Em vez de somente medicalizar ou curar, é preciso olhar para o que a doença e a saúde representam, o que dizem do espaço vivido, da dinâmica social e individual. E este protagonismo está com os profissionais de saúde.

### 5.3 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A análise aqui empreendida sobre os processos de trabalho, no âmbito da ESF e NASF e a importância de estabelecer outros dispositivos metodológicos em saúde, que incluem o Método Paideia possibilitaram que se pudesse pensar o social na saúde e como no cotidiano este social é apresentado também pelas demandas sociais.

O SUS em muito tem avançado nestes seus vinte e dois anos de existência, mesmo que por outro lado, os desafios são imensos, como demarcados ao longo do estudo e da pesquisa. No segundo capítulo, destacou-se a PNAB (BRASIL, 2006a), como uma estratégia de fortalecimento da ABS. Acrescenta-se a ela a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006d) – HumanizaSUS – como uma política que visa garantir também os princípios constitucionais do SUS, bem como fortalecer a política de saúde em todas as suas instâncias, com ênfase para atenção básica.

O documento base para gestores e trabalhadores do SUS do MS sobre o HumanizaSUS (BRASIL, 2006d) reafirma o preceito constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, reconhecendo-o como grande desafio e apontando a criação do SUS como caminho a ser trilhado para contribuir no enfrentamento do referido desafio. Propõe a Política Nacional de humanização da Atenção e Gestão como uma “política pública transversal”, necessária para efetuar mudanças no sistema de saúde.

A humanização é considerada como uma política de caráter público e ampla, abrangendo a atenção e a gestão nos serviços de saúde de natureza pública. A atenção à saúde se refere às práticas do cuidado e a gestão às práticas da gestão e organização do trabalho.

As diretrizes da PNH se revestem de múltiplas intenções, tais como: acolhimento; ampliação da clínica; gestão participativa; valorização do trabalho e da saúde do trabalhador; e defesa dos direitos dos usuários.

O **Acolhimento** é uma das diretrizes de grande importância para mudanças no acesso e no modo como o usuário é recebido no sistema de saúde, concebendo-se como uma postura ética, como uma ação que deve ocorrer em todos os momentos no processo de trabalho nos serviços de saúde. O acolhimento, deve garantir a recepção, escuta, compartilhamento de saberes, com um caráter resolutivo articulado com outras diretrizes.

Outra das diretrizes propostas, a **Gestão Participativa**, que surge como crítica aos modelos de gestão existentes nos serviços de saúde que se caracterizam pela adoção dos princípios tayloristas da administração clássica com centralização e burocratismo.

A gestão participativa, incorpora a democracia como princípio, pressupondo a participação e a tomada de decisões coletivas. Segue a concepção idealizada para o SUS, no que se refere à garantia do acesso à assistência, de forma universal, equitativa, integral, com a implementação de um modelo de gestão tendo como diretrizes a descentralização e a participação social.

No que tange a esta forma de gestão, Campos (2007a; 2007b) adverte que mudar a racionalidade gerencial hegemônica implica produzir outra dinâmica e desenho de funcionamento para as organizações, propondo a construção de espaços coletivos que possibilitem a participação de outros agentes, entendendo espaço coletivo como arranjos organizacionais que estimulam a produção de sujeitos e coletivos organizados.

A PNH declara ser a gestão participativa um modelo pautado no trabalho em equipe e na construção coletiva, que considera os indivíduos como sujeitos protagonistas nos coletivos que participam e coresponsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem. Propõe a criação de colegiados gestores para permitir o compartilhamento de poder, a coanálise, a codecisão e a coavaliação.

A diretriz da **Valorização do Trabalho** e da saúde do trabalhador questiona as prescrições rígidas que fazem do trabalho uma tarefa mecânica, afirmando a importância de outros modos de trabalhar para dar conta de situações novas. Destaca a importância da criação no trabalho, como produtor de sentidos, quando é inventivo e participativo, ressaltando que

quando o mesmo é burocratizado, fragmentado e centralizado, é produtor de sofrimento e desgaste.

Promover saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos e para o protagonismo dos sujeitos e dos coletivos e para a gestão participativa.

Para o entendimento da diretriz que defende o **Direito dos Usuários** é fundamental não entender direito à saúde como apenas o direito ao acesso a serviços de saúde, mas também o direito a uma condição digna de vida. A noção de direito, por sua vez, não pode ser limitada às conquistas legais ou ao acesso a situações definidas, mas ao direito de ter direitos.

A cidadania nesta concepção requer a constituição de sujeitos ativos, definindo o que eles acham ser direitos e lutando pelo seu reconhecimento. Deste modo, segundo Benevides (1994), a cidadania passa a ter um caráter ativo e não passivo e implica, além da acessibilidade a bens e serviços, o gozo de liberdades, o exercício de deveres e a participação nos processos políticos, na representação política e na formulação e controle das políticas implementadas.

Neste sentido, a defesa dos direitos dos usuários está diretamente relacionada aos direitos de cidadania, e a política de humanização abriga este entendimento a partir de outros princípios, diretrizes e dispositivos que trazem o usuário ao cenário como sujeito protagonista e cidadão.

A diretriz da **Clínica Ampliada** tem por objetivo romper com a clínica tradicional buscando recuperar a relação da doença com o sujeito doente que vive num contexto social no âmbito do trabalho em saúde, reconhecendo a singularidade do sujeito doente e, ao mesmo tempo, sua produção coletiva. A clínica ampliada, conforme o documento base da PNH (BRASIL, 2006d), significa:

Trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela, construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença. (p.38)

Diante dos princípios elencados, a humanização no sistema de saúde, como parte das mudanças almejadas, tem sido incluída na agenda pública como política, enfrentando dilemas



e desafios históricos que remetem à necessidade da reconstrução de conceitos e práticas, numa perspectiva mais ampliada, integralizada, coresponsável e participativa.

A desumanização do trabalho em saúde se expressa através de um conjunto de práticas e lógicas que retratam relações de desigualdade e subordinação impostas pelo modelo de atenção à saúde, modelo este excludente, autoritário, racionalizador e permeado por relações de poder.

Para Onocko Campos (2004), a desumanização é um produto humano, resultante principalmente de uma combinação de problemas estruturais com posturas culturais alienadas e burocratizadas.

A humanização em saúde deve ser entendida de forma articulada a várias categorias relacionadas à gestão e ao processo de trabalho em saúde, tais como: transversalidade; a indissociabilidade entre práticas de gestão e práticas de atenção à saúde, entre a política e a clínica; e o protagonismo dos sujeitos e dos coletivos.

A transversalidade se reporta à intenção da horizontalidade da política, perpassando assim as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, refletindo-se em todas as demais políticas/programas no campo da saúde.

Os modos de gestão e os de cuidar são indissociáveis, ou seja, modos de organização do trabalho são inseparáveis daqueles de atenção à saúde, os quais desenvolvem relação de codeterminação, influenciando-se mutuamente. São ações interdependentes e complementares.

O protagonismo dos sujeitos e coletivos pressupõe um novo modo de fazer e quer a inclusão de sujeitos, tanto em sua expressão singular como em sua expressão coletiva. Parte da premissa de que os profissionais de saúde e gestores são sujeitos que trabalham com, para e sobre outros sujeitos, os usuários, que, por sua vez, são sujeitos copartícipes e todos são coresponsáveis. Este protagonismo abre a perspectiva da coconstrução de sujeitos reflexivos e com grau importante de autonomia, assim como contribui para estimular a capacidade de reflexão e autonomia do usuário.

O referencial sobre o conceito de autonomia da política de humanização tem como base os estudos de Campos (2007a; 2007b) que consideram a autonomia como capacidade de compreender e de agir sobre si mesmo e sobre o contexto, estabelecendo compromissos e contratos com outros sujeitos, com seus desejos, interesses e valores, tendo então um caráter relativo e um exercício nos quais expressa uma postura ética.

Discutindo as possibilidades das mudanças propostas, Merhy (2007) destaca que, se não houver alteração do modo como os trabalhadores se relacionam com o seu principal objeto de trabalho – a vida e o sofrimento dos indivíduos, famílias e coletividade – não é suficiente corrigir procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde; na verdade, o grande desafio é a busca de um outro modo de operar o trabalho em saúde, construindo relações mais solidárias.

Por outro lado, as condições de trabalho inadequadas e as formas de inserção do trabalhador no sistema de saúde, em que se acentua a precarização em ocorrência da globalização e das políticas neoliberais, vêm contribuindo para o surgimento de uma série de dificuldades que interferem na gestão do trabalho, na organização do serviço e no processo de trabalho, dificultando a viabilização das mudanças necessárias para o novo modelo de atenção ampliado, resolutivo e humanizado.

A partir de uma crítica sociológica fundamentada nas práticas médicas modernas e considerando a medicina como fenômeno social, Martins (2003) diz que a generalização da ideologia utilitarista e mercantilista, no campo médico vem contribuindo sobremaneira para tecnificação e desumanização do trabalho na produção do cuidado.

Sem a intenção de optar por uma postura determinista, constata-se que as experiências vislumbram um cenário, em que se observa que o trabalho em saúde vem sofrendo a influência de fatores complexos relacionados aos contextos social, político e econômico, além de fatores relacionados às subjetividades que interferem no modo de ser e de agir dos sujeitos trabalhadores, havendo, com isso, uma maior valorização das dimensões econômica e técnica.

O saldo desse processo nos serviços de saúde e no trabalho desenvolvido revela um distanciamento da humanização, ocasionando na população e nos profissionais de saúde, comprometidos com a melhoria das condições de vida e saúde na sociedade, sentimentos de perplexidade, impotência, insatisfação e sofrimento.

Contudo, se tornam cada vez mais presentes posturas críticas aos modelos dominantes e injustos, o que faz surgir movimentos de reaproximação da humanização e da valorização da vida. Na verdade, a racionalidade científica na saúde mostrou-se incapaz de explicar as complexidades de um mundo em que a própria modernidade foi moldando, ocasionando uma perda na eficácia do discurso científico, a emergência de novas racionalidades e legitimação de outras formas de conhecimento.

Vilar (2008) destaca que é importante reconhecer que as mudanças propostas estão no nível da capilaridade do sistema e dependem das relações cotidianas estabelecidas nos processos de trabalho e de gestão da produção do cuidado, “a partir dos sujeitos partícipes das situações concretas. É preciso construir e implementar uma outra lógica de atuação, incorporando à dimensão técnica outras dimensões como a ético-política e social, nas quais a humanização se apresenta como imagem objetivo” (p.14).

Foram também pensados alguns dispositivos segundo a PNH (BRASIL, 2006d), definidos como arranjos de elementos para fazer funcionar, catalisar ou potencializar a política de humanização. Estes dispositivos são sugeridos para implementação no processo de trabalho.

Os principais dispositivos são: acolhimento com classificação de risco; ambiência; equipe de referência e apoio e apoio matricial; projeto terapêutico; conselhos ou colegiados de gestão participativa; ouvidoria; visita aberta e direito a acompanhante e programas de educação permanente.

Destacam-se de uma forma sintética os principais dispositivos e suas concepções referenciados nos documentos institucionais, porém, ressaltando apenas os itens que não foram abordados nos subtítulos anteriores.

- Acolhimento com classificação de risco: pressupõe o acolhimento com uma avaliação da necessidade do usuário, visando a uma mudança na lógica do atendimento por ordem de chegada, identificando casos, com maior potencial de risco, que necessitam uma maior agilidade no atendimento.
- Ambiência: refere-se ao espaço físico entendido como espaço social e profissional onde ocorre o processo de trabalho em saúde, isto é, o encontro entre usuário e trabalhador de saúde. Este espaço na perspectiva humanizadora, deve favorecer condições dignas de trabalho e uma atenção acolhedora e resolutiva.
- Conselhos ou colegiados de gestão participativa: instâncias com participação de gestores, trabalhadores e usuários responsáveis pela gestão participativa do serviço de saúde.
- Visita aberta e direito a acompanhante: ampliação do acesso de familiares/visitantes ao usuário no hospital, visando a não interrupção da sua rede social.
- Programas de educação permanente: estimulando a preparação das pessoas, a troca de experiências, a pesquisa e o apoio para fortalecimento dos princípios e diretrizes da política.
- Ouvidoria: sistema de escuta para acolher manifestações e encaminhar problemas identificados.

Ao analisar os referidos dispositivos observamos que os mesmos mantêm coerência com os princípios e uma relação direta com as diretrizes. A história, como foi concebida a PNH, mostra que ela não foi elaborada mediante decisões unilaterais, foi resultante de um debate entre gestores, profissionais de saúde e usuários, interessados em contribuir para resolução de muitos problemas que afetam o sistema de saúde.

Desse modo, a PNH busca, através das suas orientações, a ousadia de alterar o modo tradicional de produzir serviços de saúde e mudar as relações entre as instâncias gestoras do SUS. Também busca superar a fragmentação no processo de trabalho, ampliando a concepção de humanização, que não se limita a “ações humanitárias” entre pessoas, mas abrange novas práticas constituídas por atitudes individuais e coletivas e compromissos éticos/políticos.

Mesmo sendo recente, a PNH, vem se firmando no SUS como uma política, ainda que com dificuldades relacionadas a sua limitada penetração no processo de trabalho enquanto espaço de produção dos serviços de saúde.

Pensando nas propostas de trabalho a partir da PNH, acredita-se que estas possam estar relacionadas com o trabalho, com o social, com as demandas de saúde/doenças e as sociais. A partir destas constatações, nas considerações finais desta tese, realizam-se algumas conclusões na tentativa de resgatar sinteticamente os resultados e pontuar alguns aspectos relevantes que este estudo trouxe, tanto no âmbito dos processos de trabalho em saúde quanto na abordagem aqui destacada que é o trabalho com as demandas sociais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se chegar às Considerações Finais desta tese, a expectativa que se tem é que se conclui algo, mas a constatação é que o estudo sobre os “Processo de trabalho dos profissionais da ESF, no âmbito da ABS e sua articulação com as demandas sociais, na área de abrangência da supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros na cidade de São Paulo”, suscita mais perguntas que respostas, evidenciando a complexidade do tema, ao mesmo tempo que possibilita o constante aprofundamento deste estudo.

A pesquisa não se encerra com respostas e modelos prontos, mas auxilia a pensar caminhos. Também aponta algumas estratégias que podem refletir no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde.

O macro está no micro e o micro está no macro. Quando se afirma isso, quer se destacar que é lá, no espaço do cotidiano de trabalho dos profissionais, em suas decisões, seus encaminhamentos, suas formas de operar a saúde, que os valores de uma sociedade se expressam e, ao se expressar estes valores societários nos espaços micros de trabalho, se efetiva a lógica da sociedade como um todo.

Onde se quer chegar com esta afirmação? Com a constatação que a saúde é uma questão social, que se encontra no jogo das forças contraditórias que caracteriza a sociedade capitalista, que opera em seu interior propostas e modelos que estão em constante embate em busca de sua hegemonia. E, como defende Pereira (2001), também se caracterizam como formas de embate político determinado pela relação capital e trabalho.

Então, ao estudar os processos de trabalho no âmbito da ABS, juntamente aos profissionais da ESF e NASF, este olhar sobre o modo como se trabalha na saúde não pode ser ausente da compreensão que o modelo predominante de produzir saúde é o modelo biomédico, pois este vem de encontro com a proposta neoliberal de sociedade.

Por outro lado, segmentos e sujeitos sociais da sociedade não defendem este modelo biomédico e, buscam construir outra base de legitimação para a política de saúde, que esteja voltada para um modelo social de saúde.

E é, neste embate, de modelos que se operam cotidianamente processos de trabalho. E o conflito se instaura, pois, ou os profissionais aderem a uma nova proposta de saúde, que amplie a compreensão do processo saúde/doença, na intervenção com as demandas que cotidianamente caracterizam o seu trabalho na saúde; ou mantêm as antigas formas de fazer saúde, já cristalizadas, estabelecidas e mais fáceis de serem operadas.

Identificaram-se várias formas de trabalhar com as demandas que chegam até a ESF e NASF. De um lado, a proposta de fortalecer a atenção básica, ampliar a intervenção profissional sob o enfoque da humanização, do acolhimento, mas por outro lado, exige-se que os profissionais garantam e quantifiquem seus procedimentos, suas VD, seus grupos operativos, com o objetivo do estabelecimento de metas, para que não percam investimentos financeiros atrelados à produção.

A cobrança recai sobre o trabalhador que está “lá na ponta”, como é usualmente dito, para se referir aos profissionais que trabalham diretamente com a população e que têm ao seu alcance direto, os indicadores de saúde, doença e da comunidade.

É importante ressaltar que o conjunto das atividades dos profissionais de saúde tem que ser visualizado no âmbito das relações sociais capitalistas e, o profissional sendo concebido como um trabalhador assalariado, que tem sua inserção no mercado de trabalho marcada pela relação de compra e venda de sua força de trabalho com organismos empregadores estatais ou privados, como atualmente acontece nas OSS.

Percebe-se este conflito no cotidiano de trabalho dos profissionais. Entre a possibilidade de romper com o modelo hegemônico de saúde e, por outro lado, as cobranças das várias instâncias governamentais ou das OSS, cobrando produção, procedimentos, a quantificação das doenças.

Mas a consolidação de um outro modelo de saúde, não se efetiva da noite para o dia, se faz cotidianamente, entre avanços e retrocessos. Destaca-se que estes avanços e retrocessos fazem parte na consolidação da política de saúde no Brasil. É inquestionável o avanço que se teve com a garantia constitucional da saúde como “um direito de todos e dever do Estado”, regulamentado pelas Leis nº 8080/1990 e nº 8142/1990.

A saúde brasileira é considerada como um modelo a ser seguido por vários países ao tratar a saúde como direito de cidadania, garantindo a sua universalidade, equidade e integralidade, efetivando também o controle social.

A universalidade porque implica o direito de acesso aos serviços de saúde para todos os usuários; a equidade é a defesa da justiça porque as diferenças são consideradas e recebem tratamento igualitário e; na integralidade pautada na percepção do usuário como um todo e integrante de uma comunidade que tem o direito de receber assistência integral.

A saúde brasileira também é marcada pelos seus retrocessos, a partir do fortalecimento da política neoliberal de Estado, que reflete diretamente na condução das políticas sociais e públicas. Investimentos cada vez menores para a saúde, o incentivo para a setor privado, desenvolvendo ações focais para um público-alvo também focal.

O que se presencia é um processo de mercantilização e privatização na saúde que tem forte presença de mecanismos mediados pelo mercado, destinados aos diferentes segmentos sociais, com uma particularização, de direitos, de atendimento que, no âmbito do Estado, deveria ter caráter universal.

Neste sentido, a reafirmação do papel do Estado frente à defesa de uma política de saúde vinculada ao SUS é fundamental, para a construção de um projeto contra hegemônico a lógica neoliberal que leva a mercantilização dos serviços e que se “constitui o contraponto do processo de desmonte do Estado no Social” (CARVALHO, 2002a, p.60).

Mas, diante de todos os retrocessos, no embate de forças políticas e ideológicas que marcam a saúde, e na dificuldade de se operacionalizar os princípios do SUS, tem-se avançado na construção e efetivação de ações que buscam legitimar a saúde como direito universal.

O foco desta pesquisa, abrangeu a atenção básica, dentro de um município, de uma Supervisão Técnica de Saúde, de um Distrito Administrativo, não sendo passível de generalização os resultados que esta pesquisa traz. Mas, a possibilidade do aprofundamento do estudo pontuou a existência de ações e políticas que ao menos evidenciam a luta constante para o enfraquecimento do modelo biomédico e fortalecimento do modelo social de saúde.

Quando da análise dos processos de trabalho instituídos na ESF, constata-se que ainda se caracteriza pelo modelo biomédico, ao se deparar com as formas de acolhimento realizadas, constatando que acolhimento está no nome, mas não na ação dos profissionais, pois as demandas que chegam são recebidas pela auxiliar de enfermagem, que repassa à enfermeira, que repassa ao médico e que repassa aos profissionais do NASF.

Percebe-se a dificuldade de se operar o acolhimento, como o espaço coletivo de escuta qualificada, de encaminhamentos que levem em consideração as necessidades e demandas reais dos usuários e que estes não sejam meros “pacientes” que devem pacientemente esperar o veredicto do profissional sobre seu tratamento, como se os profissionais de saúde, fossem os únicos autorizados a falar de saúde.

A partir desta concepção, as ações de saúde e as formas de acolhimento continuarão a serem desenvolvidas centradas na figura do médico, na ênfase do conhecimento fragmentado, nas práticas de grupos temáticos entendidos como espaço de discussão de doença, ou seja, centram-se na velha lógica de que saúde é ausência de doença.

Franco e Merhy (2004) apontam as mesmas preocupações destacando que a figura central do médico ainda é muito presente. Há uma preocupação maior na estruturação do

programa em si, do que na estruturação de novas práticas, ou seja, dos microprocessos de trabalho em saúde. Os autores apontam como contradição interna da ESF o fato de que:

[...] se de um lado, a ESF traz na sua concepção teórica a tradição herdada da Vigilância a Saúde, por outro, reconhece que a mudança do modelo assistencial dá-se a partir da reorganização do processo de trabalho. Partindo de uma crítica ao atual modelo, que tem nas ações e saberes médicos a centralidade dos modos de fazer assistência, propõe um novo modo de operar o trabalho em saúde. A alternativa pensada estrutura o trabalho assistencial a partir de equipes multiprofissionais que realizam um trabalho medicocentrado. (FRANCO, MERHY, 2004).

Para superar este modelo, é importante no âmbito dos processos de trabalho, reconhecer o social como valor, que está presente em todas as relações, seja na política de saúde, em um diálogo com o usuário, nas demandas que são atendidas, numa queixa do usuário centrada no sintoma, mas que reflete todo um contexto social e de vida que marca este sujeito.

Isto envolve o desenvolvimento de práticas vinculadas ao acolhimento em seu sentido amplo, organizando ações usuário-centradas, ouvindo e respeitando a opinião dos usuários, enfrentar e entender que o social não é apenas um problema de difícil solução, um caso, que está isolado do contexto, mas que exige do conjunto dos profissionais, práticas que vinculem as reais necessidades de saúde de sua comunidade.

Franco e Merhy (2004) destacam esta questão enfatizando que um modelo assistencial centrado no usuário propõe, “um processo de trabalho multiprofissional e determinado por tecnologias leve/leveduras, com a produção do cuidado, entendido enquanto ações de Acolhimento, Vínculo, Autonomização e Resolução”.

Acrescenta-se a proposta de Campos (2007a; 2007b) ao destacar o Método Paideia, ao defender a clínica ampliada, o apoio matricial e o desenvolvimento do PT, sem desconsiderar um sujeito social importante, o próprio usuário. Enquanto os profissionais não considerarem o usuário como sujeito central de seu trabalho ao invés da doença, os processos de trabalho tradicionais perpetuarão na saúde.

Isto exigirá, para os profissionais o entendimento de que o objeto de sua ação é a produção do cuidado por meio da qual se atinge a cura e a saúde e que todo profissional é um trabalhador da saúde, destacando que:



Isto pode ser real, se pensarmos que todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde, é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos. (FRANCO, MERHY, 2004)

Pensar práticas profissionais vinculadas ao social, na sua perspectiva ampliada, requer a reorganização do processo de trabalho que supere ações e saberes médicos como centralidade dos modos de fazer assistência. A proposta deve estar vinculada, a partir da “estrutura assistencial e a partir de equipes multiprofissionais”, além da necessidade de uma “ação que reorganize o trabalho do médico e dos outros profissionais, atuando nos seus processos decisórios que ocorre no ato mesmo da produção de saúde” (FRANCO, MERHY, 2004).

Neste sentido, a proposta da ESF e NASF, enquanto estratégia e fortalecimento da atenção básica pode ser os mentores e possibilitadores da construção de novos conceitos e práticas que possam garantir efetivamente um modelo baseado na construção social da saúde, não se vinculando à ideia e prática de saúde para pobres, eminentemente focalista e de superação das carências, mas que sua estratégia poderá ser fortalecida e fortalecedora dos princípios do SUS.

Reforça-se que as práticas profissionais devem estar atreladas à integralidade das ações e reconhecer que os serviços de atenção primária envolvem ações promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras, “providas de forma integrada, por meio da vigilância da saúde, e que as intervenções da saúde da família conformam uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema e suas inter-relações com os ambientes natural e social” (MENDES, 1996, p.278).

Já se assinala outras formas de entender este processo, quando profissionais médicos já destacam que a equipe da ESF não é o médico, é a equipe, que saúde não é medicamento, exame, mas é prevenção, é acompanhar a família longitudinalmente. Isto reflete no campo da formação profissional, que também está se sentindo obrigada a rever suas bases educacionais, formando profissionais qualificados a olhar as demandas e necessidades que surgem no cotidiano de trabalho. Atualmente não há como só olhar para a doença que se manifesta fisicamente num corpo doente, sem olhar para o contexto em que esta doença se expressa.

Outro aspecto importante foi acompanhar as reuniões de equipe, perceber as demandas e necessidades que se expressam neste espaço de trabalho, pois é o tempo da socialização, da escuta entre os profissionais, da resolução de encaminhamentos, de angústias, de esperanças ou da acomodação. Mas também é o espaço da cobrança, da sistematização dos dados que devem ser traduzidos em estatísticas da equipe, mas também é o espaço da mudança, é o espaço para as demandas de saúde e as demandas sociais.

As reuniões são espaços riquíssimos da construção do PT, da discussão da clínica ampliada, do apoio matricial e que atualmente traz um sujeito novo que são os profissionais do NASF, que vem fortalecer as equipes da ESF para lidarem e ampliarem seu olhar e sua intervenção frente à realidade social que caracteriza sua ação profissional cotidiana.

São dois anos de implantação do NASF, em âmbito nacional e municipal, algo recente dentro do tempo histórico, mas que mostra alguns resultados, intenções, desafios e possibilidades reais de fortalecimento da ABS e construção coletiva do modelo social de saúde.

Isto também conduz a refletir sobre as demandas sociais, ou como destacado, o social na saúde. Inquietação que persegue desde o mestrado, ao se pensar que a ESF tem como proposta concretizar outro modelo e política de saúde, que despreza o entendimento de que saúde é ausência de doença. Então, como fica no espaço de trabalho cotidiano dos profissionais, todas as outras demandas que não são as doenças físicas, mas que os usuários encontram na saúde o espaço para verbalizar, sofrer, pedir socorro quando a vida deles não vai bem.

Como os profissionais trabalham com aquela criança que tem desnutrição porque não tem o que comer, porque os pais estão desempregados; como trabalhar com o idoso que está sendo maltratado pela família e, não consegue se defender pelas suas limitações da idade; como reagir frente à adolescente que quer saber se pode engravidar se for estuprada? Foi pensando nestas situações que denominou-se de demandas sociais.

Não existe um remédio para isso, não existe um exame clínico que vá dar conta destas demandas e, os profissionais no momento em que se colocam como referência e vínculo para os usuários, como estes estão preparados para lidarem com isso?

Evidenciou-se ao longo da pesquisa a importância do trabalho intersetorial e interdisciplinar, pontuou-se a possibilidade de trabalhar com este social, com estas demandas sociais através da clínica ampliada, do acolhimento, que hoje ganha espaço ao se instituir a PNAB e a PNH, uma conquista com certeza quando se pensa nos avanços que o SUS tem garantido.

Identificar a existência de profissionais não tradicionais para o campo da saúde, como o educador social, ou a possibilidade da prática da medicina alternativa, mostra que nas brechas do modelo biomédico, há espaço para a consolidação do social na saúde.

A intersetorialidade é um elemento fundamental na construção e efetivação, tanto do modelo assistencial quanto dos processos de trabalho dos profissionais em saúde, pois a realidade social se apresenta cada vez mais complexa, exigindo que as políticas públicas se articulem entre si para poder responder satisfatoriamente as necessidades dos sujeitos/usuários das políticas.

Mendes (1996) inclui a intersetorialidade como um elemento essencial da vigilância da saúde e destaca que os problemas não podem ser resolvidos na perspectiva unisetorial, pois exigem um conjunto articulado de operações, organizações intersetorialmente.

O'Dwyer e Leite (1997), quando discutem a importância das políticas públicas externas ao setor saúde, evidenciam entender que se integradas pela intersetorialidade “podem provocar mudanças nos determinantes sociais do processo saúde/doença das coletividades” (p.91).

Os referidos autores elencam como políticas públicas externas ao setor saúde às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos. Acrescenta-se a estas políticas a de assistência social, criança e adolescente, do idoso, entre outras.

Costa (2000), também, reflete sobre a importância da articulação das políticas públicas, pois permite a identificação e a produção de informações acerca da relação entre condições de vida e de trabalho e o tipo de doenças que estas produzem. Ou seja, “relocaria a saúde como problemática coletiva e participe do conjunto das condições de vida, superando a sua histórica organicidade com as doenças, segundo a ótica da clínica anatomopatológica e seu enfoque curativo e individual” (p.42).

Então, a intersetorialidade deve buscar a unidade do fazer que está embasada no vínculo, na reciprocidade e complementaridade na ação humana, que não se caracteriza pela “convocação da ação multisetorial porque, esta, é constituída pela mera justaposição de dois ou mais setores sem integração conceptual e metodológicas entre eles” (MENDES, 1996, p.252).

Nesta direção, o desenvolvimento da intersetorialidade no âmbito das práticas de saúde possibilita e ampara os profissionais a atenderem os usuários de forma eficaz, porque conduz olhar este sujeito como portador de necessidades e direitos que poderão ser atendidas

não única e exclusivamente pela política de saúde, mas pelas demais políticas integradas intersetorialmente.

Na pesquisa, encontraram-se alguns depoimentos que expressam a dificuldade do trabalho intersetorial na saúde. Muitas vezes os ACS e demais profissionais, preferem recorrer aos recursos da comunidade, como escolas, igrejas, comércios locais, do que acionarem programas e projetos de outros setores, públicos, pois o retorno e a efetividade no atendimento das demandas são ineficientes.

A escola, a igreja, o comércio local, entre outros, são recursos importantes e devem ser potencializados no espaço da ESF, mas esta rede de apoio não vai garantir a universalidade do atendimento e das demandas que caracterizam a saúde. É no espaço público que a política de saúde se efetiva e ganha dimensão universal, atendendo à necessidade de todos e, não apenas, a uma parcela da população.

Retomando a discussão sobre o trabalho com as demandas sociais, entende-se que o profissional de Serviço Social tem uma formação específica que lhe confere com propriedade a olhar o social e o direito, buscando juntamente com os demais profissionais a construção de práticas vinculadas ao social em seu sentido mais amplo porque tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho.

No campo da interdisciplinaridade tem muito a contribuir com a equipe, ao discutir e construir ações coletivas, contribuindo para que os profissionais que têm em sua base uma formação voltada à doença, possa perceber e identificar o social de forma ampliada e, não de forma desesperançada ou desesperadora, como a situação da VD realizada do médico às famílias em situação de extrema miséria e vulnerabilidade social, que ao constatar aquela demanda social, só conseguiu encontrar uma forma de resolver o problema: através da medicalização daquela demanda.

O desafio que se coloca então para os profissionais de Serviço Social é desenvolver a capacidade de desvelar a “realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo” (IAMAMOTO, 1998, p.27).

Constata-se que a inserção dos assistentes sociais na saúde é cada vez mais requisitada pelas instâncias de gerenciamento dos serviços de saúde, em todos os níveis e apontam para a necessidade da ação dos profissionais na composição das equipes dos serviços públicos de saúde. Esta constatação pode ser evidenciada ao encontrar o profissional de Serviço Social na equipe do NASF, embora com uma demanda de trabalho muito mais

expressiva que outros profissionais ao ter que trabalhar com as dezoito (18) equipes que compõem a STS Lapa/Pinheiros.

A objetivação do trabalho do Assistente Social, neste campo da prestação dos serviços, é composta por uma diversidade de tarefas que evidenciam a capacidade desse profissional para lidar com amplas e diversificadas demandas, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho em saúde.

Assim, pode-se afirmar que o Assistente Social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação entre os diversos níveis do SUS e com as demais políticas sociais setoriais, constatando que o seu “principal produto parece ser assegurar – pelos caminhos os mais tortuosos – a integralidade das ações” (COSTA, 2000, p.62).

Dada a característica do profissional de Serviço Social, de trabalhar no âmbito da integralidade das ações, defende-se que o Assistente Social, é um articulador interessante junto aos ACS, pois são estes profissionais que identificam as demandas sociais, em razão de sua natureza profissional, que tem um contato direto com a população e estão diretamente inseridos na comunidade em que trabalham.

Os ACS na equipe da ESF estão sob a coordenação das enfermeiras. Embora não discutido ao longo do trabalho, os ACS sentem a necessidade de um espaço para lidarem com suas angústias, receios, dificuldades que encontram ao realizar seu trabalho, principalmente quando se deparam com as demandas sociais e, que os momentos de supervisão com a enfermagem não tem garantido esta necessidade.

Abre-se, inclusive, um leque de possibilidades, ao ampliar a própria dimensão do trabalho dos profissionais do NASF, pois há uma preocupação que os profissionais fiquem novamente restritos ao atendimento das demandas específicas de cada área. Inclusive, uma questão já levantada pelo psiquiatra do NASF quando fala que há uma pressão pelos profissionais da ESF e da comunidade que atendam às demandas específicas. Ou seja, fica, novamente o psiquiatra cuidando da saúde mental, o fisioterapeuta atendendo demandas de fisioterapia, etc.

Reforça-se novamente o posicionamento de que não é de despir da especificidade que cada profissional tem no conjunto dos profissionais do NASF, mas que estes conhecimentos específicos possam dialogar, ampliar o leque de atuação e que possam cumprir com a meta que se identifica como a principal: o fortalecimento da equipe básica de saúde.

Caminhando para a finalização e, retomando a discussão do social na perspectiva do direito e da carência, expressa-se aqui o posicionamento de que o social sob a perspectiva do direito só se efetivará quando a política de saúde brasileira for defendida e efetivada como

política de direito e de cidadania, se o modelo biomédico for substituído pelo modelo social de saúde, se os processos de trabalho em saúde ampliam o olhar sobre o processo saúde/doença e que percebam que as demandas que caracterizam a saúde não estão somente vinculadas às demandas de doença, mas que as demandas sociais também integram o trabalho dos profissionais da saúde.

Defender o social na saúde é considerar ações que valorizem o processo da humanização com o estabelecimento da clínica ampliada, do acolhimento, do apoio matricial, do PT e que esteja na centralidade do atendimento a saúde: o usuário, que este possa ser percebido e respeitado em suas necessidades e, que em muito momentos, estas demandas não serão de doença, mas serão as sociais e, que este usuários veem na equipe de saúde a sua referência, o seu vínculo e que ambos, tanto os profissionais como os usuários possam construir propostas coletivas para a discussão e encaminhamento das necessidades e demandas expressas na saúde.

Que cotidianamente se possa perceber que o modelo biomédico está atrelado à visão restrita de saúde e social, que mascarará as reais necessidades da população em suas necessidades de saúde, que não trabalha com a universalidade da saúde e que entende às demandas sociais como problemas de difícil solução, e que apenas se minora estas questões, mas que não há solução para elas.

É preciso ter claro, que a o modelo biomédico e a perspectiva neoliberal anulam as falas populares e desmoralizam as demandas sociais. Concretamente, não é interesse que se publicize espaços de discussão que garantam as falas populares, ou seja, remetendo-as aos espaços dos conselhos, não são considerados nesta perspectiva e a ação focará para a sua extinção.

Enfatiza-se também que o controle social não deve se efetivar somente nos espaços dos conselhos, mas num processo constante de estreitamento dos laços entre profissionais e comunidade em todas as fases do trabalho em saúde. Isto envolve a “discussão dos problemas até a busca de soluções sendo fundamental que a comunidade se aproprie das informações sobre suas condições de saúde e sobre os problemas enfrentados, e participe da busca de soluções para os mesmos” (MACHADO, 2002, p.221).

Nesta direção, as ações voltadas para o controle social necessitam ser o foco de atenção de todos os profissionais de saúde, devendo ser entendidas como uma demanda social importante para a saúde. Estas ações caracterizam-se pela criação de vínculo e do entendimento das necessidades da comunidade.

Neste sentido, para a efetivação do modelo de produção social de saúde entende-se que a discussão do social se faz imprescindível. A temática necessita ser discutida, ampliada e publicizada para que se garanta uma política de saúde de fato embasada em seus princípios de universalidade, equidade e integralidade.

O discurso atual fortemente marcado pelo desmonte do social, conduz que se reforcem ações pautadas nos princípios acima citados, pois na perspectiva neoliberal, responsabiliza-se o mercado e a sociedade (famílias, vizinhos, amigos) pela provisão do social.

Estes arranjos, nas palavras de Pereira (2001), entre mercado, sociedade e Estado visa de fato a criação de uma “via para a privatização das políticas públicas com o conseqüentemente desmonte dos direitos sociais [...]” influenciando diretamente sobre a política de saúde.

Estar inserida na realidade da ESF, evidencia que mesmo frente às dificuldades e limites concretizados nas práticas, os profissionais buscam compreender formas de ação pautadas em uma nova estratégia de fazer saúde. É um caminho a ser construído. Incorporar o novo não é fácil, pois remete ao desconhecido que gera ansiedade e medo, pois o estudo também evidenciou que a realidade social e dos usuários que procuram os serviços de saúde é complexa.

Neste sentido, para se garantir uma política de saúde pautada no modelo de produção social da saúde, urge que outros olhares profissionais estejam vinculados à prática de saúde. As profissões que compõem, atualmente, as ESF são tradicionalmente vinculadas ao olhar da doença, como constatado concretamente nas práticas desenvolvidas pelos profissionais: médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem. O ACS como um profissional que vem se inserindo no campo da saúde, evidencia toda uma problemática de sua formação.

Por isso, ao se entender que saúde não é apenas ausência de doença, estes outros olhares possibilitarão num processo coletivo e conjunto, com os profissionais tradicionalmente formados a trabalhar na área da saúde, a construir novos processos de trabalho embasados no real objeto da saúde que é o cuidado.

O indicativo desta sugestão se pauta quando se constata que o social, uma categoria essencial na saúde, é entendido pelos profissionais como algo marginal que se reflete nas práticas com ações focais e fragmentadas.

A ansiedade dos profissionais, com relação ao Assistente Social, para trabalhar com as demandas sociais, também, é entendida como um indicativo de que os mesmos talvez

estejam querendo demonstrar que é necessário frente à complexidade da realidade social, um olhar não centrado na doença.

Entende-se que é um desafio, mudar os processos de trabalho, há tanto tempo enraizadas pelo modelo biomédico. Isto também é compreensível, pois todo processo de mudança, se dá a passos lentos e conflituosos.

Enfim, concluindo-se, estes são alguns aspectos que buscam evidenciar a importância desta temática para a realidade em que se insere a política de saúde e as práticas profissionais.

A discussão realizada, a partir dos conceitos de processos de trabalho, dos modelos assistenciais, da atenção básica à saúde, do social, das demandas sociais objetivou iluminar a discussão de que o momento em que se vive é marcado por transições e mudanças.

Igualmente as hipóteses levantadas sobre os processos de trabalho e o trabalho com as demandas sociais foram confirmadas, uma vez que se constatou a existência do social restrito no âmbito das práticas profissionais. Ainda são um desafio à construção de práticas vinculadas em sua perspectiva de direito.

A construção da discussão do social no âmbito dos processos de trabalho e das demandas sociais foi um desafio constante e deseja-se que continue a instigar outros profissionais para o mesmo desafio, publicizando estas questões em busca de caminhos que conduzam à política de saúde de fato para a universalidade, equidade, integralidade, de direito e que o social em sua perspectiva de direito esteja contemplada.



## FONTES E BIBLIOGRAFIA

ALVARENGA, Luiza Maria de Castro Augusto. **A Prática Médica no Programa de Saúde da Família e sua Contribuição para Mudança do Modelo Tecnoassistencial em Saúde: limites e possibilidades.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

AMORIM, Dalmo de S.; GATTÁS, Maria Lúcia B. Modelo de Prática Interdisciplinar em Área na Saúde. **Medicina.** Vol.40, n.1. Ribeirão Preto, jan.-mar. 2007. p.82-84.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 4ªed. São Paulo: Cortez; Campinas: UNICAMP, 1997.

\_\_\_\_\_. **Os Sentidos do Trabalho:** ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 6ªed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.

BARATA, Rita de Cássia Barradas. **A Historicidade do Conceito de Causa.** Textos de Apoio. Epidemiologia 1. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1985.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Ética e Serviço Social:** fundamentos ontológicos. 2ªed. São Paulo: Cortez, 2003.

BEDIN, Nelson. **Agente Comunitário de Saúde e empoderamento:** o caso da Coordenadoria de Saúde da Lapa. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BENEVIDES, Maria Victoria de Mesquita. Cidadania e democracia. **Revista Lua Nova.** n.33. São Paulo: ANPOCS, 1994. p.5-16.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos.** Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOUSQUAT, Aylene; COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. O PSF e a Dinâmica Urbana das Grandes Cidades. In: VIANA, A. L.; ELIAS, P. E; IBAÑEZ, N. (Orgs.). **Proteção Social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005.

\_\_\_\_\_; COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol.22, n.9. Rio de Janeiro, set. 2006.

BRANDÃO, José Ricardo de Mello. **Análise do Programa de Qualidade Integral em Saúde - QUALIS a partir de inquérito domiciliar**. Tese (Doutorado em Medicina) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família**. s/d.a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/proesf/index.php>>. Acesso em: 01 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e Saúde da Família - Os Números**. s/d.b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>>. Acesso em: 30 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1987a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1987b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **O manual do agente comunitário de saúde**. Brasília, 1991.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 692**, de 25/03/1994. Brasília, 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 2ªed. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº. 3.298**, de 20/12/1999. Estabelece a Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência. Brasília, 20 dez. 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília, 2002a.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.057**, de 10/07/2002. Dispõe sobre a criação da profissão do Agente Comunitário de Saúde. Brasília, 10 jul. 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648**, de 28/03/2006. Cria a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2528**, de 19/10/2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 3ªed. Série B - Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687/GM**, de 30/03/2006. Estabelece a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 30 mar. 2006e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154**, de 24/01/2008, republicada em 04/03/2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e Capital Monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. Tradução de Nathanael C. Caixeiro. 3ªed. Rio de Janeiro: LTC, 1987.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

BROWNING, H. C.; SINGELMANN, J. "The transformation of the US Labour Force: the interaction of industry and occupation". **Politics and Society**. Vol.8, ns.3-4. S.l., 1978. p.481-509.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Práxis En Salud: un desafio para lo público**. Saúde em Debate 108. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. **Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos**. 3ªed. São Paulo: Hucitec, 2007a.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paideia**. 3ªed. São Paulo: Hucitec, 2007b.

\_\_\_\_\_ et. al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão W. S.; GUERRERO, André Vinícius Pires (Orgs.). **Manual de Práticas de Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

CAMPOS, Osvaldo. O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento de saúde. **Revista de Saúde Pública**. Vol.3, n.1. São Paulo, jun. 1969. p.79-81.

CARVALHO, Alba Maria Pinho de. Estado e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo. **Revista de Políticas Públicas**. Vol.6, n.1. São Luiz: Universidade Federal do Maranhão, jan.-jun. 2002a. p.41-66.

CARVALHO, V. L. M. **A Prática do Agente Comunitário de Saúde**: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeçerica da Serra. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002b.

CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de; WESTPHAL, Márcia Faria. Modelo de Atenção. In: WESTPHAL, Márcia Faria; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio (Orgs.). **Gestão de Serviços de Saúde, Descentralização/Municipalização do SUS**. São Paulo: Ed. UDESP, 2001.

CATTANI, David Antonio. Taylorismo. In: CATTANI, Antonio David (Org.). **Dicionário Crítico sobre Trabalho e Tecnologia**. 4ªed. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2002. p.309-311.

CECÍLIO, Luís Carlos de Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIROS, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ ABRASCO, 2001.

CFESS - CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional**. Brasília, 1993.

CORTIZO, Maria Del Carmem. **A Cultura da Justiça**: cultura jurídica e administração de justiça. Tese (Doutorado em Sociologia), Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UNICAMP, Campinas, 2000.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**. Ano XXI, n.62. São Paulo: Cortez, mar. 2000.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. 3ªed. São Paulo: Hucitec, 2010.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde**. Coleção Saúde em Debate n.72. São Paulo: Hucitec, 1995.

\_\_\_\_\_ ; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Direito Sanitário: inovação teórica e novo campo de trabalho. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997.

DEJOURS, Christophe. **O Fator Humano**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.

DE MASI, Domenico. **A Sociedade Pós Industrial**. São Paulo: Ed. SENAC, 1999.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Saúde e Sociedade**. 2ªed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DRAIBE, Sonia; HENRIQUE, Wilnês. Welfare State, Crise e Gestão da Crise. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Vol.3, n.6. São Paulo: ANPOCS, fev. de 1988.

ELIAS, Paulo E.; NASCIMENTO, Vânia B. do (Orgs.). **Plano de Atendimento à Saúde do Município de São Paulo - PAS** (gestão 1993-1996). Série Didática. n.2. São Paulo: Cedec, ago. 1999.

\_\_\_\_\_ et. al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Vol.11, n.3. Rio de Janeiro, 2006. p.633-641.

ESCOREL, Sarah; GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena M.; SENNA, Mônica de Castro M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panam. Salud Publica**. Vol.21, n.2. Washington, 2007. p.164-176.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; FURLAN, Paula Giovana. O Subjetivo e o Sociocultural na co-produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; GUERRERO, André Vinicius Pires (Orgs.). **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008.

FORTUNA, Cinira Magali; MATUMOTO, Silvia; PEREIRA, Maria José Bistafa; MISHIMA, Silvana Martins. Alguns Aspectos do Trabalho em Saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. **Saúde em Debate**. Vol.26, n.62. Rio de Janeiro: Fiocruz, set.-dez. 2002.

FÓRUM POPULAR DE SAÚDE. **Prefeitura de SP estuda auditar contas das OSs.** 11/08/2010. Disponível em: <<http://forumpopulardesaude.com.br/site/?p=74>>. Acesso em: 05/09/2010.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica.** 6ªed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** Vol.15, n.2. Rio de Janeiro: Fiocruz, abr.-jun. 1999.

\_\_\_\_\_ ; MERHY, Emerson Elias. PSF: contradições e novos desafios. **Cadernos de Saúde Pública.** Vol.20, n.2. Rio de Janeiro, mar.-abr. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200011)>. Acesso em: 10 fev. 2005.

\_\_\_\_\_. Floxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em Apoio ao Planejamento: o caso de Luz (MG). In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias et. al. (Orgs.). **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 2ªed. São Paulo: Hucitec, 2004.

FURLAN, Paula Giovana. O Agente Comunitário de Saúde e a Prática na Atenção Básica: alguns apontamentos. In: CAMPOS, Gastão Wagner de S.; GUERRERO, André Vinicius P. (Orgs.). **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada.** São Paulo: Hucitec, 2008.

GERSHUNY, J. I.; MILES, I. D. **The New Service Economy - The Transformation of Employment in Industrial Societies.** London: Frances Pinter, 1983.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária em Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et. al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GUTIERREZ, Paulo Roberto; OBERDIEK, Hermann Iark. Concepções sobre a Saúde e a Doença. In: ANDRADE, S. M. de Soares; DA CORDINI, J. L. (Orgs.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001.

HERZLICH, Claudine. Fragilidade da Vida e Desenvolvimento das Ciências Sociais no Campo da Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Vol.15, n.2. Rio de Janeiro, 2005.

HILL, T. P. On Goods and Services. **Review of Income and Wealth**. Vol.23. International Association of Research in Income and Wealth, 1976. p.315-38.

\_\_\_\_\_. Tangibles, intangibles and services: a new taxonomy for the classification of output. **Revue Canadienne d'Economique**. Vol.32. n.2. Canadá, abr. 1999. p.426-46.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

\_\_\_\_\_. **As Atribuições Privativas do(a) Assistente Social**. Brasília: CFESS, 2002.

IANNI, Octavio. Novo Paradigma das Ciências Sociais. **Revista Estudos Avançados**. Vol.21, n.08. São Paulo: IEA/USP, mai.-ago. 1994.

INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO OCTAVIO FRIAS DE OLIVEIRA. Disponível em: <[www.icesp.org.br](http://www.icesp.org.br)>. Acesso em: 01 jul. 2010.

LABONTÉ, Ronald; SANDERS, David et. al. Aplicación, Efectividad y Contexto Político de la atención Primaria Integral de Salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**. Vol.16, n.08. Bogotá - Colombia, enero-junio 2009.

LAURELL, Asa Cristina. A Saúde-Doença como Processo Social. In: NUNES, Everardo Duarte (Org.). **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global Editora, 1983.



LEITE, J. C. A.; MAIA, C. C. A.; SENA, R. R. Acolhimento: perspectiva de reorientação da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol.52, n.2. Brasília, 1999. p.161-168.

LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto Enfermagem**. Vol.10, n.1. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2001. p.32-49.

LIMA, M. A. D. da S.; GUSTAVO, A. da S.; COELHO, D. F.; SCHIMITZ, U. V.; ROSA, R. B. Concepções de enfermeiras sobre seu trabalho no modelo clínico de atenção à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol.53, n.3. Brasília, 2000. p.343-354.

LOPES, Juarez Rubens Brandão. “Revisão Bibliográfica dos Principais Diagnósticos e Recomendações de Políticas Sociais Elaboradas pelas Agências Multilaterais na América Latina”. In: LOPES, Juarez Rubens Brandão. **Novos Parâmetros para a Reorganização da Política Social Brasileira**. Texto para Discussão n.358. Brasília: IPEA, 1994.

LUKÁCS, Georg. **As Bases Ontológicas da Atividade Humana**. Temas n.04. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1978.

\_\_\_\_\_. **A Ontologia do Ser Social: os princípios ontológicos fundamentais de Marx**. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1979.

LUZ, Madel T. **Natural Racional Social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

\_\_\_\_\_. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da Década de 80. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. J. **Saúde e Sociedade no Brasil - anos 80**. Rio de Janeiro: Relumé Dumará/ ABRASCO, 1995.

MACHADO, Lucinéia Morely. O Programa Saúde da Família no Distrito Federal na Voz de seus Atores. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social: Ser Social**. Vol.01, n.01. Brasília: UNB, 1º semestre 2002.

MAGAJEWSKI, Flávio R. L. **Seletividade Estrutural e a Construção do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina no Período de 1987-1990**. Dissertação (Mestrado em Administração), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

MALFITANO, Ana Paula S.; LOPES, Roseli E. Educação Popular, Ações em Saúde, Demandas e Intervenções Sociais: o papel dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cadernos Cedes**. Vol.29, n.79. Campinas, set.-dez. 2009. p.361-372. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>.

MARSHALL, J. N. **Services and uneven development**. Oxford: Oxford University Press, 1988.

\_\_\_\_\_; WOOD, P. A. **Services & Space: Key Aspects of Urban and Regional Development**. London: Longman Scientific & Technical Publishers, 1995.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MARX, Karl. **Fundamentos de la Crítica de la Economía Política** - Esbozo de 1857-1858 (Grundrisse). Havana: Instituto del Libro, Editorial de Ciencias Sociales, 1971.

\_\_\_\_\_. **O Capital: crítica da economia política**. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. Vol.1. 23ªed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

MEIRELLES, Dimária Silva e. O Conceito de Serviço. **Revista de Economia Política**. Vol.26, n.01. São Paulo, jan.-mar. 2006. p.119-136.

MELO, Hildete Pereira de; ROCHA, Carlos Frederico L.; FERRAZ, Galeno; DI SABBATO, Alberto; DWECK, Ruth Helena. **É Possível uma Política para o Setor de Serviços?** Texto para Discussão n.457. Rio de Janeiro: IPEA, 1997.

MENDES, Eugênio Vilaça. O Processo Social de Distritalização da Saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec/ ABRASCO, 1995.

\_\_\_\_\_. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, Emerson Elias. Em Busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Práxis En Salud**: un desafío para lo público. Saúde em Debate 108. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_; CHAKKOUR, Mauricio. Em Busca de Ferramentas Analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Práxis En Salud**: un desafío para lo público. Saúde em Debate 108. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3ªed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4ªed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec/ ABRASCO, 1996.

\_\_\_\_\_. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8ªed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec/ ABRASCO, 2004.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo e Reificação**. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1981.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O Direito na Reforma do Estado Brasileiro**: construindo uma nova agenda. Tese (Doutorado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **O Trabalho em Serviços de Saúde**. s/d. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos-apoio/pub06U2T4.pdf>>. Acesso em: fev. 2010.

NUSBAUMER, Jacques. **Les Services**: nouvelle donne de l'économie. Paris: Economica, 1984.

O'DWYER, Gilson Cantarino; LEITE, Maria Aparecida Carricondo de Arruda. Saúde, Direito Primordial de Cidadania. **Divulgação em Saúde para Debate**. n.17. Londrina - Paraná: CONASEMS, mar. 1997.

OFFE, Claus. **Trabalho e Sociedade:** problemas estruturais e perspectivas para o futuro da “Sociedade do Trabalho”. Vol.II - Perspectivas. Tradução de Gustavo Bayer e Margit Martincic. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

OLIVEIRA, Ângelo. G. R da Costa; SOUZA, Elisabete C. F. de. A Saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol.14, n.2. Rio de Janeiro, abr.-jun. 1998.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. O Projeto Terapêutico Singular. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; GUERRERO, André Vinicius Pires (Orgs.). **Manual de Práticas de Atenção Básica:** saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.

\_\_\_\_\_. **O Projeto Terapêutico e a Mudança nos Modos de Produzir Saúde**. 2<sup>a</sup>ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im) Previdência Social:** 60 anos de história da previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/ ABRASCO, 1986.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. O Trabalho do Antropólogo: olhar, ouvir, escrever. **Revista de Antropologia**. Vol.39, n.1. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1996.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. Humano, demasiado humano: uma abordagem del mal estar em la institución hospitalaria. In: SPINELLI, H. (Org.). **Salud colectiva**. Buenos Aires: Lugar, 2004. p.103-121.

\_\_\_\_\_. O Encontro trabalhador-usuário na Atenção à Saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol.10, n.03. Rio de Janeiro, 2005. p.573-583.

PAIM, Jairnilson Silva. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distrito Sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO, 1995.

\_\_\_\_\_. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e Saúde**. 5ªed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999a.

\_\_\_\_\_. Políticas de Descentralização e Atenção Primária à Saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e Saúde**. 5ªed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999b.

PEREIRA, Potyara A. P. Questão Social, Serviço Social e Direitos de Cidadania. **Temporalis**. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS. Ano II, n.3. Brasília, jan.-jun. 2001.

PIANCASTELLI, Carlos Haroldo; SARAIVA, Estela Márcia Campos; SOUSA, Maria Fátima de; CERVEIRA, Maria Angélica Cúria; VILLAS BÔAS, Maria Leopoldina de Castro Villas. Saúde da Família e Desenvolvimento de Recursos Humanos. **Divulgação em Saúde para Debate**. n.21. Rio de Janeiro, dez. 2000.

PIRES, Denise. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CUT, Annablume, 1998.

\_\_\_\_\_. A Estrutura Objetiva do Trabalho em Saúde. In: LEOPARDI, Maria Tereza et. al. (Orgs.). **Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa Livros - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFSC, 1999.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. 2ªed. São Paulo: Cortez, 1989.

RIBEIRO, Elisete Maria. **Análise da Atenção Primária à Saúde em Curitiba: enfoque nos atributos das Equipes Saúde da Família**. Tese (Doutorado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

RIBEIRO, Renato Janine. **A Sociedade contra o Social: o alto custo da vida pública no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

RODRIGUES, Máisa Paulino; ARAUJO, Mariza Sandra de Souza. **O Fazer em Saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família.** s/d. Disponível em: <[http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto\\_polo05.pdf](http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf)>. Acesso em: 28/03/2010.

ROS, Marco Aurélio. **Estilos de Pensamento em Saúde Pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwick Fleck.** Tese (Doutorado em Educação), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

ROSEN, George. **Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a História da Assistência Médica.** Tradução de Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; GOLDBAUM, Moisés. Epidemiologia, História Natural e prevenção de Doenças. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e Saúde.** 5ªed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

RUBERTI, Kellen Cristina; GELINSKI, Carmen Rosário O. G.; GUIMARÃES, Valeska Nahas. **Relações de Trabalho no Setor de Serviços no Contexto da Reestruturação Produtiva.** s/d. Disponível em: <<http://www.fee.tche.br/sitefee/download/jornadas/2/e8-03.pdf>>. Acesso em: mar. 2010.

SÃO PAULO (Município). Secretaria da Saúde. **Assistência Médica Ambulatorial - AMA.** s/d. Disponível em: <<http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/organizacao/assistencia-medico-ambulatorial>>. Acesso em: 04 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. **Comunicado n.º 03.** Estrutura e organização da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Diário Oficial do Município de São Paulo, 19 jun. 2001a.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. **Projeto de implantação do PSF no Município de São Paulo.** São Paulo, 2001b.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. **Relação das Unidades da Secretaria Municipal da Saúde por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde do Município de São Paulo.** São Paulo, 2009.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Políticas Públicas e Planejamento nas Práticas de Saúde. **Revista Saúde em Debate**. n.47. Rio de Janeiro: CEBES, jun. 1995.

SILVA JUNIOR, Alúcio Gomes da. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde**: debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SMITH, Adam. **Riqueza das Nações**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1999.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2ªed. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Acolhimento e (Des) Medicalização Social: um desafio para as equipes de Saúde da Família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO, s/d. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=2478](http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2478)>. Acesso em: mar. 2010.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 2ªed. São Paulo: Atlas, 1990.

VAITSMAN, J. Saúde, cultura e necessidades. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde coletiva?** Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

VASCONCELOS, Eymard M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. 2ªed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. **Filosofia da Praxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

VIEIRA, Isabela. **Brasil**: PSF é mais abrangente que os planos de saúde. Agência Brasil, 31/03/2010. Disponível em: <<http://www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=66747>>. Acesso em: 30 jun. 2010.

VILAR, Rosana Lúcia Alves de. **Trabalho e Humanização na Estratégia Saúde da Família**. Relatório Final de Pesquisa Integrante do Plano Diretor do Observatório de Recursos Humanos em Saúde - NESC/UFRN do período 2007/2008. Natal, 2008.

WAI, Mey Fan Porfírio. **O Trabalho do agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 2007.

WALKER, Richard. Is There a Service Economy? **Science and Society**. Vol.49, n.1. S.l., 1985. p.42-83.

WANDERLEY, Luiz Eduardo W. Enigmas do Social. In: BELFIORE-WANDERLEY, Mariângela; BÓGUS, Lucia; YAZBEK, Maria Carmelita (Orgs.). **Desigualdade e a Questão Social**. São Paulo: EDUC, 2000.

WIESE, Michelly Laurita. **A Categoria Social no Âmbito das Práticas Profissionais no Programa Saúde da Família do Município de Blumenau.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

\_\_\_\_\_. **Diário de Campo**. São Paulo, 2010 (mimeo).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ljubljana Charter on Reforming Health Care**. Geneva: WHO, 1996.



## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Gostaríamos de convidá-lo como voluntário da pesquisa intitulada: “**Trabalhadores de Saúde no Programa Saúde da Família (PSF): quem está assumindo as demandas sociais?**”, que se refere a um projeto de Doutorado da acadêmica Michelly Laurita Wiese, vinculada **Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da PUCSP**, orientada pela professora Dra. Maria Carmelita Yazbek. O objetivo deste estudo é: analisar quais são os profissionais da equipe do PSF e NASF que vêm assumindo as demandas sociais nos serviços de saúde na área de abrangência da Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros - São Paulo - SP.

Os resultados da pesquisa contribuirão para avaliar e repensar como as demandas sociais estão sendo desenvolvidas nos serviços de saúde e, como elas contribuem para a consolidação dos princípios do SUS e da Estratégia da Saúde da Família. Sua participação é importante, pois auxiliará na identificação das demandas sociais trabalhadas nos serviços de saúde e comunidade permitindo conhecer e compreender as ações e estratégias de enfrentamento dessas demandas.

Como procedimento de pesquisa, a coleta de dados acontecerá por meio de **entrevista** previamente agendada e gravada, além da **observação participante** da pesquisadora no cotidiano das unidades de saúde definidas pela Supervisão Técnica Lapa/Pinheiros e na comunidade do seu entorno.

Durante a coleta de dados não haverá qualquer alteração de sua atividade, horário e função e o tempo requerido será determinado pelo voluntário em função de sua disponibilidade.

Todos os dados coletados serão tratados com sigilo e confidencialidade. Seu nome não será divulgado em qualquer fase da pesquisa o que garante seu anonimato. Não haverá custos, riscos nem desconfortos decorrentes de sua participação neste estudo. Também não estão previstos ressarcimentos ou indenizações, não haverá benefícios imediatos na sua participação. Sua participação é voluntária e o senhor(a) poderá recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou desconforto.

Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações. Em caso de dúvida(s) em relação ao projeto e pesquisa poderá entrar em contato com o responsável principal: Michelly Laurita Wiese. E-mail: mlwiese@hotmail.com, - Telefone: (11) 82707253.

Para dúvidas e denúncias quanto às questões éticas sobre o projeto, pesquisa e pesquisadora entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – (CEP). Telefone (11) 3297-2474, email: smscep@gmail.com.

Também poderá entrar em contato com a Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Carmelita Yazbeck do Programa de Pós-Graduado em Serviço Social da PUCSP pelo telefone: (11) 3670-8512 e email: sssocial@pucsp.br.

Ao aceitar participar, você deve assinar esse termo de consentimento, juntamente com a pesquisadora, termo do qual você terá uma cópia. Agradeço por sua atenção.

### CONSENTIMENTO

Eu confirmo que Michelly Laurita Wiese explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu dou meu consentimento e concordo em participar como voluntário desta pesquisa.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do Pesquisadora: Michelly Laurita Wiese

Assinatura \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Profissional: \_\_\_\_\_

Equipe vinculada: \_\_\_\_\_

### **Entrevista as Equipe da ESF**

- 1) Que atividades você realiza no seu trabalho e como é organizado com a equipe dentro da ESF?
- 2) Vocês desenvolvem ações de acolhimento? Como é realizado?
- 3) Quais as principais demandas, queixas/situações trazidas pelos usuários na unidade de saúde?
- 4) O que é o social para você?
- 5) Quais as demandas sociais que estão presentes no seu cotidiano profissional?
- 6) Como vocês trabalham no cotidiano com estas demandas?
- 7) Que profissionais você entende como importantes para trabalhar com as demandas sociais?
- 8) O que mudou no trabalho com a entrada do NASF nas equipes de ESF?
- 9) Qual a contribuição do NASF no trabalho na ESF?
- 10) Vocês desenvolvem o Projeto Terapêutico Singular?

### **Entrevista a Equipe NASF**

- 1) Qual a proposta do NASF nas equipes de ESF?
- 2) Quais foram as facilidades e dificuldades encontradas para a sua implantação?
- 3) Que atividades você realiza no seu trabalho e como é organizado com a equipe dentro da ESF?
- 4) O que é o social para você?
- 5) Quais as demandas sociais que estão presentes no seu cotidiano profissional?
- 6) Como vocês trabalham no cotidiano com estas demandas?
- 7) Que profissionais você entende como importantes para trabalhar com as demandas sociais?
- 8) O que mudou no trabalho com a entrada do NASF nas equipes de ESF?
- 9) Qual a contribuição do NASF no trabalho na ESF?
- 10) Vocês desenvolvem o Projeto Terapêutico Singular?

**ANEXOS**

## ANEXO A - PARECER COMITÊ DE ÉTICA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SP



Secretaria Municipal da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

1

São Paulo, 09 de Março de 2010  
PARECER Nº 088/10 – CEP/SMS  
CAAE: 280.1.162.000-09

Ilmo. Sr.  
Michelly Laurita Wiese

### IDENTIFICAÇÃO

**Projeto de Pesquisa:** Trabalhadores de Saúde no Programa Saúde da Família (PSF): quem está assumindo as demandas sociais?: desafios e perspectivas atuais.

**Pesquisador Responsável:** Michelly Laurita Wiese

**Instituição:** Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

**Local onde os dados serão coletados:** UBS Parque da Lapa/Vila Jaguará/Vila Piau/Dr. Manuel J Pêra e NASF Zn. Oeste

**Patrocinador:** pesquisador com bolsa do CNPq

### **I - Sumário Geral do Protocolo**

Existe a necessidade de discutir as questões vinculadas à saúde como uma política, da perspectiva de sua integralidade, universalidade, direito, participação e descentralização.

Pensar a saúde é poder entendê-la em sua relação saúde/doença, a relação entre usuários e profissionais de saúde, a tecnologização da medicina, a subjetividade dos usuários, a saúde como um direito e dever do Estado e sua efetivação na realidade social.

As leis 8080/90 e 8142/90 constituíram o Sistema Único de Saúde – SUS, que busca concretizar um novo conceito e prática em saúde visando a ações e condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, construindo com estes princípios um novo modelo. Nesta política, a saúde é entendida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. O processo saúde/doença deve ser visto como vinculado à realidade social, isto é, o processo saúde/doença está atrelado ao modo de vida dos grupos humanos, que por isso apresentam características modos de adoecer e morrer, impossível de ser verificado apenas no caso clínico.

A prática profissional tem mostrado dificuldade em entender e passar a agir segundo o conceito de saúde acima exposto, e, portanto continua sendo exercida de acordo com o modelo biomédico, isto é, apenas atrelada ao uso de medicamentos e exames cada vez mais sofisticados e precisos.

No SUS, a estratégia do PSF, recebe maior investimento, como proposta de inversão do modelo biomédico para o modelo social de saúde, porém constata-se algumas dificuldades no que se refere à reorientação das práticas e concepções preconizadas pelo SUS. Como exemplo, cita-se que o assistente social geralmente é chamado a responder a “casos sociais” caracterizados como situações em que os profissionais de enfermagem e médico não “dão conta”. Esta intervenção não é chamada no sentido de um trabalho conjunto, mas sim na responsabilização de apenas um profissional para o enfrentamento da situação vivenciada.

### **OBJETIVO GERAL**

Analisar quais os profissionais, que compõe a equipe do Programa Saúde da Família (PSF) e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), vêm assumindo as demandas sociais nos serviços de saúde na área de abrangência da Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros da cidade de São Paulo - SP.



2

**Secretaria Municipal da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS**

CAAE: 280.1.162.000-09

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar e analisar como se articula a categoria social no contexto das práticas dos profissionais do PSF;
2. Identificar no cotidiano da prática da equipe do PSF as demandas da população atendida;
3. Verificar que demandas são caracterizadas como sociais neste cotidiano;
4. Apontar quais os encaminhamentos dados às demandas reconhecidas como sociais pelos profissionais;
5. Analisar as leituras que os profissionais fazem das demandas reconhecidas como sociais;
6. Identificar quais equipes de PSF possuem ou não o profissional de Serviço Social;
  - a. Analisar quais tem sido as práticas profissionais exercidas pelo profissional de Serviço Social no PSF quando da inserção na equipe;
  - b. Analisar que práticas profissionais são assumidas, no enfrentamento das demandas sociais, pelos Agentes Comunitários de Saúde quando não há o assistente social na equipe.

*Trata-se de pesquisa qualitativa que utilizará a observação participante como instrumental metodológico, que se caracteriza por uma inter-relação entre o pesquisador e sujeitos pesquisados, a partir da postura de participante-como-observador.*

*Outro instrumento utilizado no estudo será a entrevista, para que se estabeleça um efetivo "diálogo" entre o sujeito da pesquisa e o pesquisador.*

**II – Considerações:**

*O projeto não é multicêntrico. A Folha de Rosto está corretamente preenchida. O currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa. O orçamento detalhado está adequado. O cronograma da pesquisa está adequado. Há tratamento adequado dos dados/informações.*

*A metodologia é adequada aos objetivos, impõe mínima condição de desconforto ao sujeito da pesquisa. Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos.*

*Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - É conciso e objetivo. Está redigido na forma de convite à participação no estudo. A linguagem é adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa. Há descrição suficiente dos procedimentos. Há identificação de possíveis desconfortos. Há explicitação das garantias referidas no item IV. 1 da Res.CNS 196/96. Permite uma decisão consciente do sujeito da pesquisa. Permite a saída do sujeito de pesquisa da experimentação, sem prejuízo de seus cuidados.*

**III – Parecer do CEP : APROVADO**

*Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.*

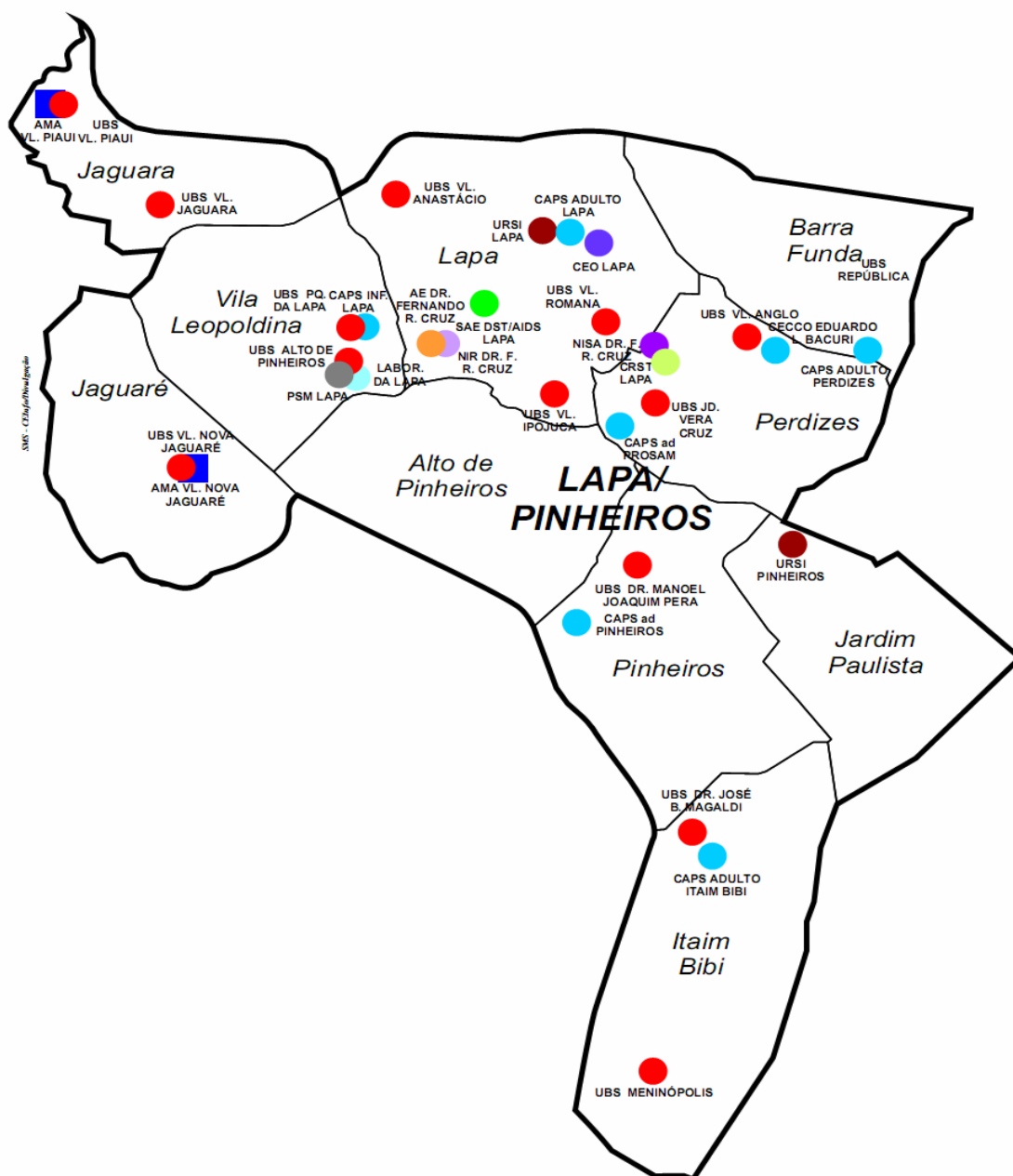
*Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.*

**Jose Araújo Lima Filho  
Coordenador**

**Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS**

## ANEXO B - MAPA DA DISTRIBUIÇÃO DE ALGUNS SERVIÇOS DA STSLP POR DISTRITO ADMINISTRATIVO

### SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE LAPA / PINHEIROS POR DISTRITO ADMINISTRATIVO



# 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](#)