

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Ana Paula Wunder

**PROCESSOS DE TRABALHO: A TRANSIÇÃO DO MODELO
ASSISTENCIAL NA SAÚDE A PARTIR DO PSF DE CAMPO BOM, RS**

**São Leopoldo
2006**

Ana Paula Wunder

**PROCESSOS DE TRABALHO: A TRANSIÇÃO DO MODELO
ASSISTENCIAL NA SAÚDE A PARTIR DO PSF DE CAMPO BOM, RS**

Dissertação apresentada à Universidade
do Vale do Rio dos Sinos como requisito
parcial para a obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Lucilda Selli

**São Leopoldo
2006**

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais e meu irmão, que de todas
as formas contribuíram para que eu fosse
capaz de atingir mais esse objetivo na minha vida.
Dou-lhes o meu eterno amor e esta conquista como gratidão.*

AGRADECIMENTOS

À Deus por me permitir esta chance;

Ao meu pai, minha mãe e meu irmão pelo apoio, compreensão, amor e por serem minha maravilhosa família, motivo que me faz ser o que hoje sou;

A Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS;

Ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva;

À Professora Dra. Lucilda Selli pela lição de vida, sabedoria, competência e estímulo;

Ao Professor Dr. Roque Junges, co-orientador, pela sábia e atenciosa contribuição na construção deste trabalho;

À Professora Dr. Stela Nazareth Meneghel, que me ensinou e incentivou a dar os primeiros passos no mundo mágico da pesquisa;

Aos meus avós pelas orações, pelo amor e pelo exemplo de vida;

À Ci pelas escutas atenciosas, pelo carinho e pela eterna amizade;

Aos meus amigos e colegas de trabalho Rejane, Chico e Sônia pelo apoio, amizade, consideração e palavras de conforto;

Ao meu namorado, Francis, pela paciência e continuidade do namoro;

Ao Marcelo por todas as ajudas, os auxílios e a boa vontade, sempre;

À minha prima, Milena, pela solidariedade e apoio;

À Secretaria Municipal de Saúde de Campo Bom, pela disponibilidade e atenção;

À equipe do PSF, na qual realizei o estudo, pelo engrandecimento da pesquisa e por compartilhar comigo a riqueza de seu trabalho;

À Escola Positiva, em especial à Ana Cláudia, por me possibilitar a felicidade de lecionar;

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

*“Um conflito é sinal de que existem
verdades mais amplas e
perspectivas mais belas.”*

Whitehead

RESUMO

O estudo identifica características dos processos de trabalho na saúde a partir da percepção dos profissionais sobre práticas de atendimento, relações na equipe de saúde e integralidade como mecanismos de interferência no processo de transição do modelo assistencial de saúde. É um estudo exploratório de natureza qualitativa. Foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família do município de Campo Bom/RS. O método de coleta de dados foi grupo focal. A amostra é composta por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, uma dentista, uma auxiliar de dentista e uma agente administrativa. Os dados foram tratados por meio da análise de conteúdo temática. Identificou-se empenho dos profissionais do PSF para organizarem seus processos de trabalho de forma a implementar o modelo de saúde usuário-centrado, com destaque nas práticas de atendimento, questões relacionadas à equipe de saúde e com indícios da implementação do modelo de saúde alicerçado na integralidade. Contudo, identifica-se uma tendência paternalista nas ações da equipe de saúde e um trabalho fortemente impregnado pelo modelo médico centrado.

Descritores: Programa de Saúde da Família, processos de trabalho, modelo de saúde, integralidade.

ABSTRACT

The study identifies the work processes characteristics in health, from the perception of professionals about attendance practices, relations in the health team, and integrality, as interference mechanisms in the process of health assistance model transition onwards. It is an exploratory study of qualitative nature in a Family Health Unit in the City of Campo Bom/RS. The data collection method was group-focused. The sample is made-up by a physician, a nurse, two nursing technicians, six community health agents, one dentist, one dentist assistant, and one administrative agent. The data were worked through theme content analysis. The engagement of the Family Health Program professionals to organize their work processes in order to implement the model of health user-centered was identified, highlighting the attendance practices, issues related to the health team, and with indications of the health model implementation based on integrality. However, a paternalist trend was identified in the health team actions, as well as a strongly impregnated work through the physician-centered model.

Key words: Family Health Program, work processes, health model, and integrality.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	09
PROJETO DE PESQUISA.....	10
INTRODUÇÃO.....	11
1 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
1.1 A TRANSIÇÃO DO MODELO E SAÚDE.....	16
1.2 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	18
1.3 INTEGRALIDADE.....	22
1.3.1 Acolhimento e vínculo.....	24
1.4 PROCESSOS DE TRABALHO.....	27
2 METODOLOGIA.....	33
2.1 TIPO DE ESTUDO.....	33
2.2 CAMPO DE PESQUISA.....	34
2.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	35
2.4 COLETA DE DADOS.....	35
2.5 ANÁLISE DE DADOS.....	37
3 ASPECTOS ÉTICOS.....	39
4 CRONOGRAMA.....	41
5 ORÇAMENTO.....	42
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICES.....	48
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	49
ANEXOS.....	51
ANEXO A – Autorização da secretaria Municipal do Município de Campo Bom para realização da pesquisa.....	52

ANEXO B – Resolução de aprovação do projeto pelo CEP-UNISINOS.....	54
RELATÓRIO DE PESQUISA.....	56
1 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	57
1.1 MÉTODO.....	57
1.2 PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	60
1.3 O CONTATO COM A SECRETARA DE SAÚDE E COM OS PARTICIPANTES DOS ESTUDO.....	61
1.4 A COLETA DE DADOS.....	62
1.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS FALAS.....	66
1.6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	67
1.6.1 Práticas de Atendimento.....	67
1.6.1.1 Acolhimento e Vínculo.....	67
1.6.1.2 Impregnação do antigo modelo de saúde na prática profissional.....	76
1.6.1.3 Responsabilidade, de quem?.....	85
1.6.2 Questões da Equipe de Saúde.....	91
1.6.2.1 O caminho para multidisciplinaridade.....	92
1.6.2.2 Desvalorização profissional como motivo de desmotivação.....	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
REFERÊNCIAS.....	105
APÊNDICES.....	108
APÊNDICE A – Perfil dos Participantes.....	109
APÊNDICE B – Cronograma para coleta de dados.....	110
ARTIGO	111
RESUMO.....	113
ABSTRACT.....	114
INTRODUÇÃO	115
TRAJATÓRIA METODOLÓGICA.....	116
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	119
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	128
REFERÊNCIAS.....	130

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação, em cumprimento às exigências e instruções da Unidade Acadêmica, Diretoria de Pesquisa e Pós Graduação e do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, apresenta-se dividida em três partes:

- Projeto (Formatação ABNT/2006)

- Relatório de Pesquisa (Formatação ABNT/2006)

- Artigo (Formatação Cadernos de Saúde Pública)

Projeto de pesquisa

INTRODUÇÃO

Durante as décadas de 70 e 80 do século XX, as discussões sobre as políticas de saúde se voltaram para questões como extensão de cobertura dos serviços, reconhecimento do direito à saúde e a responsabilidade da sociedade em garantir os cuidados básicos à população. Em 1988, a Constituição Federal estabeleceu as bases técnicas e jurídicas sobre as quais se implantou o Sistema Único de Saúde (SUS) tendo, como princípio fundamental, a atenção à saúde enquanto direito à cidadania, através da universalidade de acesso a todos os níveis do sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

A partir da promulgação da constituição de 1988, foram definidas como diretrizes do SUS a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade. A construção do SUS deve se constituir num processo social de mudanças nas práticas sanitárias, referenciado na concepção ampliada do processo saúde / enfermidade e no paradigma assistencial da promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

As práticas de saúde que precediam aos princípios propostos pelo SUS, em 1988, estruturavam – se pela livre demanda, sem território definido para atenção primária, prestava assistência ocasional e passiva, enfatizava o cuidado curativo e reabilitador, apresentando baixa resolubilidade, altos custos diretos e indiretos, sejam eles econômicos ou sociais, além de negar a possibilidade de relações interpessoais constantes, desumanizando o cuidado da saúde e restringindo-se a ações unisetoriais. Este era um sistema que não valorizava a organização da atenção primária, que exaltava o saber e o fazer especializado e que era pressionado pela concentração da demanda em hospitais e unidades especializadas. Enfim, era um sistema centrado na doença (MENDES, 1993).

O modelo assistencial predominante no país caracterizava-se pela prática “hospitalocêntrica”, individualismo, utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolubilidade, gerando alto grau de insatisfação para todos os partícipes do processo (gestores, profissionais de saúde e usuários do serviço). Como conseqüência, o bom senso milenar do “prevenir para não remediar” foi sendo reescrito com o abandono da prevenção e promoção da saúde em todas as suas dimensões. Assim, a rede básica de saúde passou a ser acessória e desqualificada, perdendo seu potencial de resultados. O que era para ser básico se tornou descartável e o topo da cadeia de atenção se transformou em porta de entrada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A concepção do processo saúde/doença evoluiu de uma maior vinculação com as doenças à morte para concepções relacionadas a fatores de qualidade de vida de uma população, como um produto social. Este conceito antigo, tomado em sua negatividade como ausência de doença, estruturou uma resposta social organizada sob a forma da prática da atenção a saúde, que pretendia oferecer à população a maior quantidade possível de serviços de saúde, reduzidos a serviços médicos, ofertados individualmente e destinados a tratar as enfermidades ou a reabilitar os pacientes portadores de seqüelas, por meio da clínica e com a intermediação crescente das tecnologias. Essa prática excluía os componentes coletivos da doença e a socialidade da saúde, gerando implicações no diagnóstico e nas condutas sobre as queixas dos pacientes (MERHY; MENDES, 2000).

Este sistema, constituído pela prática de atenção médico centrada e pelo conceito negativo de doença, apresentou-se na raiz da crise de saúde. E é por esta razão que se propõe a construção social de uma nova prática assistencial, que enfrente coletivamente os problemas de saúde, estruturada pelo paradigma da produção social da saúde (MENDES, 1993).

O Programa de Saúde da Família é uma estratégia para reverter esta forma de prestação de assistência à saúde. Insere-se como uma proposta de reorganização da atenção básica, como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco. Caracteriza-se pelos princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

O processo de transformação do modelo assistencial vem reiterar o caráter processual do SUS e a necessidade de dar tempo e condições a esse processo social que, por envolver mudança paradigmática, portanto uma necessidade de transformação cultural, será de maturação lenta. Além disto, a mudança será política, porque envolve distintos atores sociais em diferentes situações. Compreende, também, uma dimensão ideológica, uma vez que, ao se estruturar a lógica de atenção às necessidades da população, implicitamente, opta por uma nova concepção de processo saúde – doença, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Por fim, apresenta uma dimensão cognitivo-tecnológica que exige a produção e utilização de conhecimentos e técnicas coerentes com os pressupostos políticos e ideológicos do projeto da produção social de saúde (MENDES, 1993).

A transição de um paradigma em crise para outro novo, dista de ser um processo cumulativo, é alcançada mediante articulação ou prolongamento do antigo paradigma. Durante o período de transição, produzir-se-á uma superposição ampla, mas nunca completa, entre problemas que podem ser resolvidos pelo antigo paradigma e os que devem ser resolvidos pelo novo. Mas, também, haverá diferença decisiva entre os modos de solução. Quando a transição se completar, a profissão mudará sua visão do campo, seus métodos e seus objetivos (KUHN, 1975).

Assim, a saúde da família surge como estratégia de mudança paradigmática na organização da atenção primária, a fim de criar uma equipe de saúde da família, em território de abrangência definido, desenvolvendo ações focalizadas na saúde, dirigidas às famílias e seu habitat, de forma contínua, com ênfase na prevenção e na promoção, mas sem excluir o curativo–reabilitador, com alta resolubilidade, com baixos custos diretos e indiretos e com abrangência intersetorial (MERHY; MENDES, 2000).

Não se trata de, simplesmente, desenhar um sistema de adstrição de famílias a uma equipe de saúde que, mais proximamente, as atenderá sob uma lógica medicalizadora. Ao invés, sem negar às famílias uma atenção médica de boa qualidade, procura instituir na prática social, o novo paradigma de produção social da saúde (MENDES, 1993).

A XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, discute a superação do modelo médico assistencial e a construção de um novo modelo que privilegie a promoção da saúde e a prevenção de riscos e agravos,

reduza as desigualdades e resgate as dimensões éticas e culturais essenciais ao cuidado da saúde das pessoas. Estas questões discutidas na Conferência, são a base dos objetivos propostos pelo PSF (REIS; HORTALE, 2004).

O perfil do modelo assistencial é definido por quem detém o poder para hegemonizar este processo. Se, de um lado, os modelos de assistência são definidos por grupos políticos, de outro, são formatados por recursos próprios, entre eles usuários e trabalhadores no serviço, visto que estes têm grande autonomia e influência no modo de constituir a assistência, agindo como dispositivo de mudança e definindo, em grande medida, seu perfil (MERHY et al, 2003).

Acredita-se que a aposta do PSF na mudança no modelo assistencial de saúde não acontecerá sem que se conheça as formas pelas quais os profissionais estão se posicionando frente a este processo. Por isso, a importância de conhecer os aspectos que interferem neste processo e as diferentes visões dos participantes nesta fase de inclusão do paradigma de produção de saúde.

O modelo assistencial atual de saúde tem fortes determinantes que devem ser analisados, para se perceber o quanto a proposta tem de poder real para romper com antigas tradições das práticas em saúde, inaugurando um novo tempo.

A partir da literatura pesquisada sobre as questões que envolvem a mudança deste paradigma, acredita-se que os eixos centrais deste processo se dão em torno da integralidade desenvolvida no serviço e dos processos de trabalho que se constroem no cotidiano do PSF. Desta forma, estes serão os pontos centrais a serem pesquisados no decorrer do presente estudo. Para tanto, os processos de trabalho serão analisados a partir da visão dos profissionais do Programa, pois é uma questão que atinge diretamente estes sujeitos.

A mudança de paradigma proposta pelo Programa de Saúde da Família precisa ser historicamente construída. Essa construção não se faz da noite para o dia. É preciso ter paciência com os processos coletivos, entender as formas de pensar e agir de uma comunidade, seus valores, crenças e costumes. Desta forma, com o presente estudo, pretende-se contribuir para a concretização do paradigma de produção social de saúde e, também, oferecer aos profissionais de saúde, subsídios para seu trabalho, visando o aprimoramento das ações em saúde junto à sociedade. Além disso, acredita-se que este estudo irá estimular debates acerca dos limites e alcances do Programa de Saúde da Família perante a sociedade.

Ainda como parte da justificativa para realização do estudo, torna-se importante citar que o Programa de Saúde da Família é parte integrante da vida da pesquisadora, pois é o seu ambiente de trabalho. Desta forma, pressupõe-se que as questões a serem clareadas através do estudo favorecerão uma prática profissional mais qualificada, de forma a contribuir para a produção de saúde na cidade em que se realizará o estudo, Campo Bom.

Frente a estas questões, o problema de pesquisa proposto é: de que forma está ocorrendo a mudança do paradigma assistencial de saúde através das modificações no Sistema Básico de Saúde com a implantação do PSF?

Para responder o problema em estudo, foi estabelecido o seguinte objetivo:

- Identificar características dos processos de trabalho na área da saúde na cidade de Campo Bom, através do Programa de Saúde da Família, na percepção dos profissionais, a partir da integralidade, acolhimento e vínculo.

Acredita-se que, diante deste objetivo citado acima, o estudo propõe como finalidade a possibilidade de uma releitura no modo de implementação do PSF através da experiência obtidas por meio das falas dos profissionais.

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1 A TRANSIÇÃO DO MODELO DE SAÚDE

Há alguns anos, vem mudando a conceituação do processo saúde –doença dentro da nossa sociedade. No século XIX, o mundo é caracterizado pela predominância de doenças infecciosas sobre as demais. No campo da saúde, vivia-se ainda uma prática do ensino médico de caráter empírico, com ênfase nas disciplinas como Biologia e Imunologia. Ou seja, acreditava-se na natureza biológica da doença. Hoje, saúde é algo que se produz socialmente, ao contrário das idéias implantadas pelo paradigma flexneriano, curativista (MERHY et al, 2003).

Ocorreu, então, uma mudança acadêmica direcionada às modificações no ensino médico. E, entre vários projetos, o da Fundação de Carnegie deu origem ao relatório Flexner, de 1910, que veio instituir o ideário hegemônico no campo da saúde até alguns anos atrás, com ênfase na pesquisa biológica e na especialização. O principal elemento deste referencial é o curativismo e o mecanicismo. É através da visão biologicista, individualista e especializada, que se incorpora a noção de unicausalidade da doença. Assim, a recuperação da saúde, neste momento, estava centrada na assistência clínica, especialmente nos hospitais (MENDES, 1985).

O Relatório de Flexner, que analisou o ensino médico nos Estados Unidos, em 1910, produziu ampla reforma na formação médica, voltando-a para o campo de pesquisa biológica e da especialização sobre o corpo. A clínica flexneriana tornou-se hegemônica, influenciando a modelagem dos serviços de saúde, que passaram a operar por processos de trabalho centrados no saber e na pessoa do médico (NOGUEIRA, 1994).

A partir de então, a saúde pública tenta resgatar o seu papel, buscando se articular com os interesses econômicos e políticos. Assume-se o paradigma higienista, com caráter paternalista e vertical, devido ao pouco desenvolvimento da democracia na sociedade (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

A clínica centrada no biológico e impulsionada pelo complexo médico industrial mantém a acumulação de capital no setor saúde, através do altíssimo consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como os principais recursos de diagnose e terapia. Este descuido com a saúde gera excesso de encaminhamentos para especialistas e alto consumo de exames, tornando os serviços pouco resolutivos, pois a assistência, deste modo, é incapaz de atuar sobre as diversas dimensões do sujeito usuário. Formou-se nos serviços de saúde, entre

trabalhadores e usuários, um imaginário que faz uma ilusória associação entre qualidade na assistência e insumos, exames, medicamentos e consultas especializadas (MERHY et al, 2003).

Já, no transcorrer do século XIX, foi diminuindo a importância das doenças transmissíveis, com um conseqüente aumento das doenças degenerativas, devido, essencialmente, à melhoria nas condições gerais de vida, além dos progressos médicos. Como conseqüência desse processo, houve o deslocamento da ênfase curativa para a prevenção. A nova concepção de saúde pública surge do reconhecimento que de tudo que existe é produto da ação humana. Assim, a medicina preventiva deu origem ao novo paradigma da produção social de saúde. Nesse sentido, ser saudável não significa apenas não estar doente. Deve significar, também, a possibilidade de atuar, de produzir a sua própria saúde, quer mediante cuidados tradicionalmente conhecidos, quer por ações que modifiquem o seu meio. Tal enfoque pressupõe abandonar o enfoque paternalista e vertical, decorrente de práticas até então prescritivas (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Verifica-se que o ser humano, face ao perfil biologicista da saúde vigente até então, não é socialmente livre para determinar o que é melhor para a manutenção e o restabelecimento de sua saúde, ou mesmo, para conduzir o destino do seu corpo. Na verdade, é o médico a figura legitimada para traçar o destino dos corpos, independentemente da origem do sistema médico que o atende (MATTOS, 2003).

A idéia de saúde produzida socialmente implica que os seus determinantes são obtidos através das relações sociais. Desta forma, demonstra-se o quanto o controle e a autonomia dos indivíduos sobre a sua própria vida são determinantes decisivos na saúde (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

O que está em jogo é a busca por novas formas de articulação entre o Estado e a sociedade, através da promoção de autonomia dos sujeitos, ao contrário da lógica que até então vinha sendo implantada, onde ocorria a redução do sujeito social à condição de cidadão consumidor dos serviços providos pelo Estado, e não a promoção de sujeitos sociais autônomos para praticar as suas escolhas (COHN; ELIAS, 2002).

O novo paradigma de saúde é uma abordagem que tem contribuído para a renovação do pensamento sanitário contemporâneo, buscando contrapor-se ao modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativo que dominou o pensamento sanitário nas últimas décadas. Resgata-se o papel dos determinantes sociais no processo

saúde–doença, defendendo ações que levam em conta a articulação intersetorial, as abordagens interdisciplinares e a participação social (CAMPOS, 1997).

A consolidação do PSF está condicionada à existência nos serviços de profissionais com conhecimentos, atitudes e habilidades adequadas ao novo modelo, capazes de uma ação multiprofissional e interdisciplinar. No entanto, é preciso reconhecer que o ensino das profissões de saúde no Brasil ainda está baseado no modelo fragmentado, que usa a lógica da especialização na produção de trabalho (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2003).

A adoção do PSF parte do reconhecimento de que as iniciativas de introdução de mudanças no setor saúde, a partir da implantação do SUS, apesar de seus avanços, tem resultados pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde. Assim, o programa pressupõe muito mais uma inversão do modelo de atenção da saúde do que uma simples mudança (SENNA, 2002).

1.2 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Nos últimos dez anos, o Sistema Único de Saúde passou por transformações importantes, comparáveis a vários momentos de modernização dos setores produtivos do Brasil. A palavra escolhida para caracterizar a mudança é inclusão, pois ocorreu a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde a partir da redefinição dos princípios: universalidade, equidade e integralidade das ações (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2003).

O SUS é, atualmente, o sistema de saúde de maior abrangência no mundo, com relação ao número de usuários potenciais, pois tendo caráter universal, em virtude de assumir a saúde como direito, atinge a mais de 160 milhões de pessoas. É inegável que a implantação do SUS representa um grande efeito distributivo, especialmente para parte da população brasileira que não conta com a assistência médica supletiva (FORTES; ZOBOLI, 2005). Mas, mesmo diante desta situação, entende-se que as inovações introduzidas no sistema de saúde nos últimos anos, com a implantação do SUS, têm apresentado resultados pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, sobretudo por não promover mudanças no modelo assistencial (SENNA, 2002).

A formulação do novo modelo posiciona o Brasil ao lado dos países que pautam seus sistemas de saúde em valores de solidariedade e cidadania. Este avanço na saúde caracterizou-se pelo incentivo de ações estratégicas, dentre as

quais, a expansão do Programa de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Assim, o PSF tem se constituído na principal forma de reorientação do modelo de atenção no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

A estratégia do Programa de Saúde da Família incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único Saúde (SUS): a universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, que trabalha com base nos referidos princípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

A mudança no modelo previu a necessidade de eleger a atenção básica como porta de entrada do sistema, com referência e contra-referência para níveis hierarquizados assistenciais, além da ênfase na oferta de serviços para um modelo orientado pela demanda, como um fator de redução de custos e de integralidade de ações em saúde (CORDEIRO, 2001). Por isso, a compreensão do programa só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

A partir deste contexto, o PSF se depara com o dilema entre a perspectiva de racionalização dos gastos e a busca de equidade e justiça social. Essa discussão se dá na formulação do Programa, marcada pela introdução de uma série de inovações na política de saúde brasileira, e a forma como ele vem sendo implementado em diversos municípios. É imperativo que as ações focais estejam integradas a uma política mais ampla, que forneça suporte social e permita aos diferentes grupos, o desenvolvimento de suas capacidades. Desta forma, faz-se necessário o estabelecimento de relações horizontais guiando os processos de trabalho (SENNA, 2002).

Com o objetivo de aumentar os níveis de equidade e eficácia do SUS, são implementados programas, recursos aleatórios e novas modalidades de alocação de recursos. São implantados o Programa do Agente Comunitário (PACS) em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, a fim de reorganizar as ações em saúde. Assim, os anos 90 são marcados pela busca de alternativas que possibilitem a superação dos limites dos modelos de saúde vigentes (REIS; HORTALE, 2004).

O PSF visa desenvolver o trabalho com o princípio da vigilância à saúde, que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde familiar de todas as pessoas, estejam sadias ou doentes, de forma integral e contínua. Para isso, o

Programa centraliza os esforços do seu trabalho nas Unidades Básicas de Saúde que, trabalhando adequadamente, são capazes de resolver, com qualidade, a grande maioria dos problemas de saúde da população, diminuindo o fluxo dos usuários para os níveis mais especializados, "desafogando" os hospitais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

O Programa apresenta ações combinadas, a partir da noção ampliada de saúde, e se propõe a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade. Assume o compromisso de prestar assistência resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas reais necessidades; além disso, identifica os fatores de risco aos quais ela está exposta, neles intervindo de forma apropriada. Para atingir suas proposições, estabelece quatro princípios básicos, a saber:

A) Caráter substitutivo das práticas tradicionais de assistência por um novo processo de trabalho concentrado na vigilância em saúde;

B) Integralidade e hierarquização, a partir da adoção da Unidade de Saúde da Família como primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, que deve estar vinculado à rede de serviços, de forma que se garanta a atenção integral aos indivíduos e sejam asseguradas as referências e contra-referências para os diversos níveis do sistema;

C) Territorialização e adscrição da clientela, com a incorporação do território enquanto espaço de abrangência definida. É responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área;

D) Equipe multiprofissional, composta por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (MERHY et al, 2003).

Esses princípios desenham um novo formato para a assistência em saúde, trazendo a questão territorial, a idéia de área de responsabilização de uma dada equipe e a circunscrição da mesma a um número específico de famílias, procurando com isso a construção de vínculos, os quais têm, como princípio, a referência do usuário para com os profissionais que cuidam (FRACOLLI, 2005).

No Programa, a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente, onde vive a população alvo, nas relações que estabelecem com o meio e com o processo de saúde – doença. As visitas e o atendimento

domiciliar, propostos pelo programa, devem ser sempre utilizadas no sentido de humanizar e garantir qualidade de assistência ao indivíduo (FRACOLLI, 2005).

Mendes (1993) se refere ao Programa como a principal proposta de formulação de novas práticas de saúde. Consiste num paradigma da produção social de saúde, por intermédio do desenvolvimento de ações direcionadas às famílias e à comunidade, com alta resolubilidade, baixos custos e com um privilégio essencial para a intersetorialidade.

O programa deve ser entendido como modelo substitutivo da rede tradicional básica, de cobertura universal, porém assumindo o desafio dos princípios da equidade e integralidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). Estas temáticas vêm ocupando lugar de relevância na discussão das políticas sociais nas duas últimas décadas. No campo da saúde, elas têm sido objeto de amplo debate, englobando várias dimensões e estimulando discussões para sua operacionalização. As reflexões se dão, tanto pela busca dos determinantes das igualdades em saúde, como para a formulação de prioridades a serem implementadas na elaboração de instrumentos e indicadores para o monitoramento dos processos de reforma no sistema de saúde (ALMEIDA, 1996).

O objetivo das políticas de equidade seria reduzir ou eliminar diferenças em saúde resultantes de fatores considerados, ao mesmo tempo, evitáveis e injustos. A promoção das políticas de saúde deveria responder às necessidades visadas justamente pelas iniquidades (SENNA, 2002). Estas, estão fundadas nas relações sociais que determinam as chances da população de obter acesso aos recursos materiais e aos produtos sociais resultantes daqueles recursos (ALMEIDA, 1996).

São citados dois caminhos para superar as dificuldades encontradas na implantação de um programa baseado na equidade e integralidade: a valorização da epidemiologia como conhecimento científico imprescindível à compreensão dos determinantes e riscos que condicionam o processo saúde-doença em cada local como suporte básico do planejamento e a valorização da experiência cotidiana da população, dos usuários, dos profissionais na identificação e qualificação permanente dos problemas e lacunas na operação do sistema (LUCCHESI, 2003). Além destas questões, o que se propõe é que a análise das políticas de saúde e as propostas daí decorrentes tomem, como central, a idéia de identidade dos sujeitos, bem como a perspectiva de igualdade, segundo as diferenças (COHN; ELIAS, 2002).

O Programa se desenvolveu de maneira extraordinária a partir de 1998 e, nos municípios com boa cobertura do PSF, os indicadores de saúde da população apresentam-se alterados para melhor. Houve diminuição da mortalidade infantil, aumento do número de gestantes e de recém-nascidos com acompanhamento médico, além da ampliação da cobertura vacinal (FRACOLLI, 2005).

Desta forma, ele constitui a mais importante mudança estrutural já realizada na saúde pública no Brasil. Permite a inversão da lógica anterior, que sempre privilegiou o tratamento das doenças nos hospitais. Ao contrário, promove a saúde da população por meio de ações básicas para evitar que as pessoas fiquem doentes. Inspira-se nos cuidados a serem oferecidos para ações no ambiente, sem dar muito valor para o conjunto da prática clínica, desconsiderando a necessidade de sua ampliação na abordagem individual, isto é, sua atenção singular (MERHY; MENDES, 2000).

O PSF apresenta-se como o principal responsável pela mudança assistencial da saúde no Brasil, proposta pelo Ministério da Saúde. A fim de desvendar esta mudança, será realizada uma revisão teórica sobre os principais aspectos que interferem nesta alteração paradigmática: integralidade, abrangendo acolhimento, vínculo e processos de trabalho, baseando-se na perspectiva de trabalho interdisciplinar. Estes aspectos, revisados teoricamente, serão confrontados, analiticamente, com as experiências relatadas pelos sujeitos de pesquisa, a fim de atingir os objetivos do estudo.

1.3 INTEGRALIDADE

Conforme o Dicionário de língua portuguesa Houaiss, integralidade é “reunião de todas as partes que formam um todo, totalidade, completude” (2001, pág.1630). Já Mattos e Pinheiro (2001) entendem que a integralidade é uma palavra que não pode ser chamada de conceito. Dito de outra forma, a integralidade é polissêmica, ou seja tem vários sentidos, que não define como a realidade tem que ser. Ela traz consigo um grande número de possibilidades de realidades futuras a serem criadas através de atitudes que só se realizam com base na integralidade, quando se consegue estabelecer uma relação centrada no sujeito-sujeito e não no sujeito-objeto. É, desta forma, que deve-se iniciar os debates sobre a organização dos serviços de saúde vigentes, bem como as práticas estabelecidas neste contexto.

A integralidade é entendida como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores, no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde. Diante desta perspectiva, o cotidiano nas instituições de saúde surge como um espaço de construção de práticas de novas formas de agir social, nas quais a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço, na atenção e no cuidado em saúde (CAMPOS, 1992).

Diante de inúmeras discussões sobre o termo integralidade, torna-se mais adequado não tomá-la como um conceito, mas sim como um devir. Algo como ideal de objetividade para a investigação científica, impossível de ser plenamente atingido, mas do qual, constantemente, buscamos nos aproximar (CAMARGO JÚNIOR, 2003). A postura profissional é algo fundamental para a integralidade; em muitas situações, ela só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho. A integralidade implica uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos e, também, uma afirmação da abertura ao diálogo (MATTOS; PINHEIRO, 2001).

Campos (1992) alerta para a urgência de modelos de atenção à saúde que sejam mais porosos, capazes de permitir que a sensibilidade, o desejo e as necessidades da clientela perpassem por todos os poros da organização, de tal forma que todos sintam a pressão. Defende a necessidade de se pensar a saúde com outras feições sócio-culturais, no que diz respeito à formulação, distribuição e organização dos serviços. Para tratar destas questões sobre as práticas de saúde e o agir cotidiano nas instituições de saúde, o ator privilegia a construção da integralidade em saúde.

Mattos (2003) lembra que estamos diante de uma sociedade verdadeiramente medicalizada, onde as pessoas são vistas como doentes potenciais, ou seja, tratar uma doença é visto como ação natural, que tende a desconsiderar os aspectos socioculturais, psíquicos do indivíduo, acabando com qualquer alternativa para uma visão holística e integral do indivíduo.

Diante disso, torna-se necessário assumir a integralidade como eixo norteador das formas de agir social em saúde e, também, como um novo modelo de gestão de cuidados nas instituições, permitindo o surgimento de novas experiências no desenvolvimento da assistência em saúde. Mattos (2003) refere que um dos significados de integralidade diz respeito à articulação entre ações preventivas e assistenciais, onde deve haver ênfase na prevenção, sem descuidar da assistência.

O modelo teórico conceitual que articula a biomedicina, através do complexo médico, é o obstáculo epistemológico mais claro para o real desenvolvimento da integralidade. A ênfase nos aspectos biológicos, a perspectiva fragmentada e fragmentadora, a hierarquização implícita de saberes são quase que programaticamente opostas às idéias agregadas sob a integralidade (CAMARGO JÚNIOR, 2003).

É responsabilidade do programa garantir a integralidade do atendimento e do sistema como um todo, e não como uma batalha individual e solitária de cada paciente. O destino deste cliente deve ser o centro de saúde mais próximo a sua residência. O que importa ressaltar, também, é que este é, tipicamente, um trabalho que deve envolver toda a equipe, de forma que o paciente possa receber o atendimento inicial, até o documento que lhe garanta acesso ao serviço do qual ele necessita. Espera-se, desta forma, que o vínculo com a equipe crie o sentido de responsabilidade com o paciente, e garanta o seu adequado encaminhamento ao serviço apropriado, após realizadas as investigações iniciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A integralidade, mesmo quando diretamente ligada à aplicação do conhecimento biomédico, não deve ser atributo exclusivo, nem predominante, dos conhecimentos médicos, mas sim de todos os profissionais da área de saúde. Quando um agente, durante as suas visitas domiciliares, defronta-se com o convite de um morador para uma conversa sobre um problema que o aflige, ele pode aplicar, não a medicina integral, mas a integralidade (MATTOS; PINHEIRO, 2001). Buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta é a marca maior do sentido da integralidade.

1.3.1 Acolhimento e Vínculo

O PSF propõe-se ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes e das condições de trabalho dos profissionais. Esta política, que associa-se ao PSF, implica em aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção de saúde; implica a mudança de cultura da atenção dos usuários e da gestão do processo de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter, como padrão na atenção, o vínculo com os usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A idéia do vínculo vem desde a Antigüidade. Na Grécia antiga, os médicos assistiam as populações das pequenas cidades de forma itinerante. Na Idade Média, os médicos, em geral, pertenciam à Igreja, e eram por ela mantidos, e a população se vinculava ao Senhor de alguma cidade. A população manifestava o desejo de ter um profissional que cuidasse de sua saúde como referência, e obter dele a responsabilidade pelo cuidado, tornou o processo de trabalho ligado à idéia de vínculo entre o profissional e os usuários dos serviços. Assim, desde os primórdios, o vínculo se apresenta ligado à idéia do ato cuidador, e dá-se a partir da identificação da referência profissional, na qual este se apresenta como responsável pela saúde do outro (MERHY et al, 2003).

O Programa de Saúde da Família, a partir da reformulação da atenção básica, aposta no estabelecimento de vínculos e criação de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais da saúde e a população. O vínculo no Programa se inicia com o cadastramento das famílias, através das visitas domiciliares. Neste processo, são identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde estas famílias estão inseridas. É informada a oferta de serviços disponíveis e dos locais, dentro do sistema de saúde, que prioritariamente deverão ser a referência para o usuário, estabelecendo um primeiro vínculo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Entende-se acolhimento, em primeiro lugar, como a possibilidade de universalizar o acesso, a fim de abrir as portas da Unidade a todos os usuários de que dela necessitarem. É como a escuta qualificada do usuário, através do compromisso com a resolução do seu problema de saúde, propondo sempre uma resposta positiva e encaminhamentos seguros, quando necessário. O vínculo baseia-se no estabelecimento de referências dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores, e a responsabilização destes para com aqueles, no que diz respeito à produção do cuidado (MERHY et al, 2003).

Acolhimento e vínculo dependem do modo de produção em saúde. O acolhimento possibilita regular o acesso, por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. Há uma relação entre acesso e acolhimento. Ao se sentir acolhida, a população procura serviços receptivos e resolutivos. O vínculo com os usuários dos serviços de saúde amplia a eficácia destes e favorece a participação dos usuários durante a prestação do

serviço. Este espaço deve ser utilizado para a construção dos sujeitos autônomos. A responsabilização clínica e sanitária e a ação resolutiva, com o objetivo de defender a vida das pessoas, só são possíveis quando se acolhe e se vincula (CAMPOS, 1997).

O acolhimento, na perspectiva do desempenho global da rede, pode ser visto como uma espécie de distribuidor, de operador da distribuição, onipresente em todos os outros serviços da rede. Sendo os encontros momentos pautados pelo espírito de entendimento e da negociação permanente das necessidades a serem satisfeitas, neles se decide a trajetória necessária de cada usuário através do serviço (MATTOS, 2003).

Propõe-se, entre outras questões, reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. Tem, por objetivo, quebrar a verticalidade dos processos de trabalho, que só é possível se a gestão for participativa, baseada em princípios democráticos e de interação entre a equipe. Ele propõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrado, a fim de deslocar o eixo central do médico para uma equipe multidisciplinar (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Desta forma, acredita-se que o acolhimento e vínculo são mecanismos básicos para a implantação do novo modelo assistencial de saúde, centrado no usuário, com o objetivo de se ter uma visão holística e integral dos indivíduos. Frente a isso, o PSF tem o papel de manter profissionais com o perfil para o desenvolvimento deste trabalho, diferenciado do qual estava sendo imposto pelo antigo modelo de atenção à saúde.

Diante disso, é responsabilidade do profissional da saúde acompanhar e garantir o acesso do paciente aos outros níveis de assistência, quando necessário. A referência e contra-referência devem funcionar como mecanismos de fortalecimento da continuidade do cuidado com o paciente, a fim de manter o vínculo do usuário com o serviço básico de saúde (MERHY et al, 2003).

Na medida em que, nas práticas de saúde, individual e coletiva, o que buscamos é a responsabilização e intervenção resolutiva, reconhece-se que, sem acolher e vincular, não há produção desta responsabilização. O acolhimento propõe reorganizar o serviço no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado. Oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de

saúde apresentado pelo usuário é a tradução da idéia básica do acolhimento (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Pesquisa, com acolhimento e vínculo em um PSF no Rio Grande do Sul, mostra que a realidade da população adscrita é o atendimento centrado no médico, nos encaminhamentos freqüentes para pronto-atendimento e no enfrentamento de filas, em horários desumanos, para garantir o acesso ao programa. Além disso, afirma-se que o trabalho baseado na autonomia e responsabilidade não está sendo pautado. A autora finaliza afirmando que não basta aumentar o número de PSF sem abrir espaço para novas formas de discussão sobre a organização do processo de trabalho (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Schimith (2002) traz para a discussão o trabalho da equipe de Saúde da Família, no que se refere ao acolhimento dos usuários e a produção de vínculo, observando que a organização do trabalho centrado no médico tem, como consequência, a falta de acesso da população ao atendimento. Os pacientes são vistos, ora como sujeitos, ora como objetos, de forma que as diretrizes do Sistema de Saúde vigente não são compreendidas, o que dificulta a implementação deste sistema, impossibilitando o cumprimento dos princípios de saúde.

É preciso mudar os sujeitos protagonistas do novo modelo de assistência. É necessário associar novos valores, culturas e comportamentos pautados pela solidariedade, cidadania e humanização na assistência. O acolhimento e vínculo são etapas importantes na construção de uma nova postura dos profissionais ante os usuários, redirecionando a finalidade de seus trabalhos e constituindo novas formas coletivas de trabalho no interior das equipes de saúde.

1.4 PROCESSOS DE TRABALHO

O processo de trabalho é dividido entre uma equipe composta por um médico, um enfermeiro, um a dois técnicos de enfermagem e quatro a oito agentes comunitários de saúde. A capacitação destes recursos humanos é vista como uma questão estratégica para o Programa de Saúde da Família. As funções da equipe, normatizadas pelo Ministério da Saúde, são as bases dos processos de trabalho de cada profissional. O trabalho ocorre com base em relações que são estabelecidas entre os indivíduos trabalhadores, e entre estes e os usuários. Estas relações são determinantes para o perfil do modelo assistencial. Por este motivo, a mudança de modelos assistenciais requer a construção de uma nova consciência de saúde e a

adesão dos trabalhadores a este projeto. É preciso consensuar as formas de trabalho com a nova proposta assistencial, o que não se consegue por normas editadas verticalmente (MERHY et al, 2003).

Desta forma, o PSF pretende reafirmar os princípios do SUS, fundamentando-se na atenção focalizada na promoção da qualidade de vida. As práticas em saúde devem ser norteadas pelos seguintes pressupostos: reconhecimento da saúde como direito da cidadania, humanização da saúde, prestação de atenção integral, participação comunitária, entre outros. Estes pressupostos favorecem o desenvolvimento de uma visão integral do sujeito, da família e da comunidade, e estabelecem novas relações com os usuários e entre os profissionais vinculados ao Programa.

As respostas governamentais à saúde, no início do século, assumiram características por demais conhecidas: pautavam-se pela centralização da sua formulação, pela verticalização de sua implementação e por um caráter autoritário, que desconsiderava o direito, e não possibilitava a participação de outros atores que não os técnicos. A noção da integralidade manifestava, de certa forma, uma indignação com este modo de pensar. Ao defender que ações preventivas e assistenciais estejam articuladas, advoga-se que os formuladores das diversas políticas de saúde devem levar em conta ambas dimensões. A partir de então, apresenta-se políticas que defendam acesso universal e igualitário, quando necessário, quer sejam tais ações preventivas, quer assistenciais (MATTOS, 2003).

A fim de sustentar o princípio da integralidade, proposto pelo SUS, coloca-se que as ações se iniciam pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, em que a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes, como a do acolhimento e vinculação da clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado (MERHY et al, 2003).

Para que estes princípios se concretizem, faz-se necessário a presença de um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade, e que seja capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolve ações de promoção, de proteção específica, assistencial e de reabilitação. Um profissional capaz de realizar uma interação permanente com a comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Os trabalhadores de saúde podem ser potentes dispositivos de mudanças dos serviços assistenciais. Para que isso ocorra, entende-se que é necessário constituir uma nova ética entre eles, baseada no reconhecimento que os serviços de saúde são, pela sua natureza, um espaço público, e que o trabalho neste lugar deve ser presidido por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania. Estes valores devem guiar a formação de um novo paradigma para a organização dos serviços. Portanto, o novo modelo pressupõe uma nova relação entre os trabalhadores, que perpassa o arsenal técnico. Este novo modelo é entendido a partir das trocas de saberes e da sinergia entre as diversas competências (MERHY et al, 2003).

É preciso construir uma nova relação de trabalho, respeitando a especificidade de cada profissional e do objeto de sua intervenção, sem prejuízo da recriação do novo jeito de trabalhar em equipe, compartilhando saber e poder. Isso exige humildade, pois reconhecer a incapacidade de sozinho atingir qualquer objetivo é um dos primeiros passos, seguido da segurança e da consciência dos demais profissionais e setores de que cada papel é importante e necessário nesta edificação (SOUSA, 2003).

As bases para a organização do trabalho no PSF estão assentadas no processo de trabalho em equipe, buscando estruturar ações de saúde articuladas com os problemas e necessidades, compondo equipes com funções generalistas para reconhecer e enfrentar estes últimos, avançar no equacionamento intersetorial e tomar a família como objeto de atenção (FRACOLLI, 2005).

Um dos princípios do Programa é o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a interdisciplinaridade e grupalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). A estruturação de equipes multiprofissionais se adscrive a um dado número de usuários. Esta organização justifica-se em dois sentidos: o de quebrar a costumeira divisão do processo de trabalho em saúde segundo correntes verticais, compondo segmentos estanques por categorias profissionais, e o de responsabilizar cada uma das equipes por um conjunto de problemas delimitados e pelo planejamento e execução das ações capazes de resolvê-los, o que ocorreria por meio da vinculação de cada equipe a um certo número de pacientes previamente inscritos, do atendimento de uma demanda da população que procura a unidade, bem como pela responsabilidade dos problemas coletivos. Para isso, pressupõe-se

um trabalho interdisciplinar, a fim de objetivar as ações em saúde dentro da totalidade dos indivíduos (CAMPOS, 1992).

A interdisciplinaridade é uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária para uma unitária do ser humano. Está, também, associada ao desenvolvimento de certos traços da personalidade, tais como: flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprender a agir na diversidade, aceitar novos papéis (TORRES, 1998).

O trabalho em equipe, a partir da interdisciplinaridade, exige um “luto” da onipotência de cada profissional, a fim de somar as competências e criatividade de cada membro da equipe. Aqui entra uma questão central: o fato de que, enquanto os trabalhadores não construírem uma interação entre si, trocando conhecimentos, não se pode dizer que há trabalho em equipe. O aprisionamento de cada um em seu núcleo específico de saberes e práticas limita o processo de trabalho às estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado, tornando o trabalho insuficiente. Ao contrário, a interação além do campo de competência, abre a possibilidade de cada um usar todo o seu potencial na relação com o usuário, para juntos realizarem uma melhor produção de cuidado e saúde (MERHY et al, 2003).

O processo de trabalho em saúde não se limita ao atendimento realizado no interior das unidades básicas de saúde, mas inclui, também, as atividades de:

A) Visita domiciliar, com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias. A equipe deve realizar visitas programadas, voltadas para o atendimento de demandas espontâneas. Isso representa um acompanhamento das necessidades da população;

B) Internação domiciliar, que não substitui a internação hospitalar tradicional. Deve ser utilizada com o intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente. A hospitalização deve ser feita sempre que necessária, com o devido acompanhamento por parte da equipe;

C) Participação em grupos comunitários, onde a equipe deve estimular e participar de reuniões de grupo, discutindo temas relativos à saúde, as alternativas para a resolução dos problemas identificados como prioritários pela comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Estas atividades representam desafios a um olhar mais ousado, que rompa os muros das unidades de saúde e enraíze-se no meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam. As ações que configuram esta nova concepção de trabalho entre os membros de uma equipe, permitem maior diversidade das ações e a busca permanente do consenso da equipe. Tal relação de trabalho requer uma nova abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

É imperativo reconhecer que indivíduos isolados, ou categorias profissionais inteiras, são limitados para dar conta, de fato, do espectro de demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem. Isto coloca o trabalho interdisciplinar como necessidade fundamental. É uma estratégia mais desejável do que tentar criar superprofissionais de saúde, capazes de atender a toda e qualquer necessidade da clientela, mesmo as não percebidas. A percepção dos limites da atuação do profissional não exclui uma compreensão abrangente. Portanto, os profissionais devem ter uma compreensão ampliada dos determinantes do processo de saúde/doença, até para evitar a tentação de atuar para além das fronteiras de sua competência técnica (CAMARGO JÚNIOR, 2003).

A integralidade exige a horizontalização dos programas e das relações pessoais, anteriormente verticais. As equipes das unidades devem passar a pensar suas práticas sobretudo desde o horizonte da população a que atendem e das suas necessidades, e não mais desde o ponto de vista exclusivo de sua inserção específica neste ou naquele programa do Ministério (MATTOS; PINHEIRO, 2001).

Acredita-se que a resolutividade na rede básica está ligada ao recurso material, ao conhecimento técnico dos profissionais e, ainda, à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional-usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde.

Desta forma, só é possível implantar um novo paradigma de modelo assistencial na saúde a partir do momento em que o serviço básico oferece condições adequadas para o trabalho. Estas condições baseiam-se nas possibilidades materiais oferecidas para o desenvolvimento do programa e no investimento dos profissionais, a fim de se organizar equipes com o perfil do novo modelo (MERHY et al, 2003).

O PSF tem um potencial para operar de maneira a se constituir em uma importante ferramenta de inclusão social, integralidade e equidade, desde que os sujeitos da ação desta estratégia tenham capacitação para atuar segundo esta perspectiva (FRACOLLI, 2005).

Há poucos dispositivos de fomento à valorização e à inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde. Um processo de gestão com tais características é acompanhado de modos de atenção baseados, em grande parte das vezes, na relação queixa- conduta, automatizando o contato entre usuários e trabalhadores, estabelecendo um olhar sobre a doença e, sobretudo, não estabelecendo o vínculo fundamental que permite, efetivamente, a responsabilidade sanitária que constitui o ato saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No modelo assistencial médico hegemônico, o fluxo da unidade básica era voltado para a consulta médica, onde prevalece o uso de tecnologias duras, que estão inscritas em máquinas e instrumentos em detrimento de tecnologias leve-duras, definidas pelo conhecimento técnico e centradas nas relações tecnológicas, para o cuidado ao usuário. Mudar o modelo assistencial requer a inversão das tecnologias de cuidado que se utilizam na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado (MERHY, 1994).

A organização dos processos de trabalho está entre uma das principais questões a enfrentar para a concreção da mudança dos serviços de saúde, fazendo-os ocorrer de forma centrada no usuário e suas necessidades. Assim, interpretar a essência dos processos de trabalho em saúde é uma das principais condições para decifrar os enigmas do modelo assistencial de saúde vigente.

2. METODOLOGIA

A pesquisa será realizada através da metodologia exploratória, estudo de caso descritivo, com amostra intencional e abordagem qualitativa. Para a coleta de dados, optou-se pela realização de oficinas educativas de grupo. A interpretação do material se dará por meio da análise de conteúdo.

O método indica a estrada, via de acesso para se atingir um fim, investigação, estudo. É o caminho pelo qual se chega a um determinado resultado, programa que regula antecipadamente uma seqüência de operações a executar, assinalando certos erros a evitar. O método indica, portanto, o caminho escolhido entre outros tantos possíveis, o caminho seguro que permita interpretar com maior coerência as questões sociais propostas para um dado estudo, dentro da perspectiva abraçada pelo pesquisador (LALANDE, 1993).

Vários caminhos são possíveis. Um deles consiste em estudar e refletir em torno das implicações dos fundamentos teórico–metodológicos que empregamos e assumimos, para nós, como adequados e convenientes. O leque de possibilidades é variado; passa por entendimento que supere as aparências, nas ações dos sujeitos interlocutores numa dada época, pelo processo de produção do conhecimento, através das diferentes interpretações de um determinado tema social, além das reflexões em torno das relações entre sujeito e objeto do conhecimento e as decorrências aí implícitas (OLIVEIRA, 1998).

2.1 TIPO DE ESTUDO

Os sujeitos e os objetivos desta pesquisa levam a entender que a metodologia que melhor se aplica é a que considera os aspectos qualitativos trazidos pelos sujeitos pesquisados.

A pesquisa qualitativa é aquela em que os processos e fenômenos não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, onde se aprofunda no mundo dos significados de ações e relações humanas. Utiliza-se, assim, significados, crenças, valores, atitudes e motivos, os quais não têm possibilidade de serem operacionalizados, pois tratam de questões profundas das relações (MINAYO, 2002).

Desta forma, este é um estudo exploratório com enfoque qualitativo, que é aquele que apresenta menor rigidez no seu planejamento. Possui a finalidade de

desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 1999).

O estudo de caso trabalha todas as fases do planejamento, coleta, análise e apresentação dos resultados. É um tipo de estudo que permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real, tais como ciclos de vida individuais, mudanças ocorridas em certas regiões e maturação de alguns setores e programas (YIN, 2001).

Trata-se de um estudo de caso, que segundo Trivinõs (1995, p.134) destina-se a analisar profundamente uma determinada realidade e exige do pesquisador maior “objetivação, originalidade, coerência e consistência das idéias”. Esse tipo de estudo se aplica quando queremos estudar algo que tenha um valor em si mesmo, particular, “mesmo que posteriormente venham a ficar evidentes certas semelhanças com outros casos ou situações” (LÜDKE; ANDRÉ 1986, P.17).

Para isso, fundamenta-se na premissa admitida por Yin (2001), quando ele diz que o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

2.2 CAMPO DE PESQUISA

O campo de pesquisa é um recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, e que representa uma realidade a ser estudada a partir de concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação. A entrada em campo pode apresentar obstáculos, gerando a dificuldade ou a inviabilização da pesquisa. Para evitar que isso ocorra, deve-se buscar uma aproximação com as pessoas do local, destacando a proposta do estudo. Também, é citado o envolvimento compreensivo com os atores no campo e a postura do pesquisador com relação à problemática a ser estudada. Para conseguir um bom trabalho de campo, há a necessidade de uma programação bem definida de suas fases exploratórias e de pesquisa de campo (CRUZ NETO, 2002).

O município escolhido foi Campo Bom, porque é aonde realiza-se a prática profissional, além do fato da implantação do PSF ter se iniciado na cidade no ano de 1997. Campo Bom conta com 57.865 habitantes e a abrangência do PSF é de

43,66% da população, mantendo 6961 famílias cadastradas até o período de abril de 2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Esta pesquisa será realizada em uma das sete unidades de Programa de Saúde da Família do município de Campo Bom, Rio Grande do Sul. O nome da Unidade não será revelado, a fim de não expor os profissionais que lá atuam, mantendo o anonimato.

A unidade foi a escolhida entre as sete unidades de PSF da cidade, pois o programa está passando por diversas modificações, entre as quais a troca de funcionários dentro do programa, e esta Unidade é a única que se manteve, sem modificações, no quadro funcional. Desta forma, acredita-se que a equipe esteja mais preparada para responder às questões do estudo. Além disso, a unidade de PSF foi escolhida através de indicações da coordenação do Programa, a fim de se trabalhar com profissionais já vinculados e reconhecidos dentro do PSF da cidade de Campo Bom.

2.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A pesquisa será realizada com a seguinte amostra:

O grupo pesquisado será formado por membros da equipe do Programa de Saúde da Família do município de Campo Bom, que integram a Unidade de trabalho, escolhidos intencionalmente segundo critérios de distribuição proporcional por competência (um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde).

Os profissionais do PSF serão escolhidos intencionalmente, caracterizando – os como informantes-chave. Yin (2001) afirma que informantes–chave são sempre fundamentais para o sucesso de um estudo de caso. Essas pessoas não apenas fornecem percepções e interpretações sobre um assunto, como também podem sugerir fontes, nas quais podem se buscar evidências para a pesquisa.

2.4 COLETA DE DADOS

A técnica que será utilizada para a coleta de dados consiste em oficinas educativas, que vêm sendo utilizadas e foram validadas como estratégias para coleta de dados de pesquisa. Elas permitem, tanto a explicitação de questões relativas à vivência dos trabalhadores, como sua discussão em grupo, no sentido de buscar a superação das dificuldades que têm maior magnitude. Constituem um

espaço para discussão e reflexão das vivências e identificação de temas fundamentais para a compreensão do problema em pauta (SAWAIA; LANE, 1994).

O trabalho das oficinas alicerça-se numa relação horizontal entre técnicos e população, tendo em vista seus objetivos de resgatar os conhecimentos existentes, manifestar os sentimentos relativos à vivência, facilitar a expressão e comunicação do grupo (SAWAIA; LANE, 1994).

A realização de uma oficina compreende uma seqüência de encontros, com uma temática geral delimitada a priori, organizados nos seguintes passos: aquecimento, uso de estratégias facilitadoras da expressão, problematização das questões, processo de troca, análise e articulação com o geral (CARNEIRO; AGOSTINI, 1994).

Pretende-se, inicialmente, realizar quatro encontros, onde se desenvolverá os seguintes temas: trabalho em equipe, acolhimento e vínculo, integralidade e, por fim, o fechamento onde se pretende discutir com os sujeitos de pesquisa o material coletado. O número de encontros poderá sofrer variações conforme a necessidade da coleta.

Afonso (2002) lembra que oficinas estruturadas em grupo independem do número de encontros, sendo focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, em um contexto social. A elaboração que se busca na Oficina não se restringe a uma reflexão racional, mas envolve os sujeitos de maneira integral, formas de pensar, sentir e agir.

É recomendável que haja duas pessoas responsáveis pela condução das oficinas: um coordenador e um observador. O coordenador é o responsável por promover o diálogo no grupo, encaminhando, através dele, a solução de questões da qual participam pessoas com diferentes bagagens de saber (CARNEIRO; AGOSTINI, 1994).

No caso desta pesquisa, o papel do coordenador será realizado por uma bolsista de pesquisa, enquanto a autora da investigação irá atuar como observadora.

Anteriormente à realização da técnica para coleta de dados, os participantes serão esclarecidos sobre a pesquisa, os objetivos do estudo e do modo como a coleta de dados irá se dar. Após este esclarecimento, e com a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, começa-se a aplicação da técnica de coleta de dados.

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta de dados, o pesquisador depara-se com a tarefa de organizar as informações, para que se tenha um entendimento claro do estudo. Esta etapa é definida como análise de dados. O primeiro passo para a análise é a construção de um conjunto de categorias descritivas, onde o referencial teórico do estudo já fornece uma base inicial de conceitos para a primeira classificação dos dados (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Os dados coletados serão gravados, com autorização dos participantes, e imediatamente transcritos para posterior análise. A transcrição ocorrerá logo após a coleta, para que diminua o risco de distorção dos dados.

A análise de dados desta pesquisa será embasada em Bardin (1979), na qual procura-se encontrar padrões ou regularidades nos dados e, posteriormente, alocá-los dentro desses padrões, através do exame de porções do texto inter-relacionados, com a revisão da literatura.

A autora assinala três etapas básicas no trabalho, com a análise de conteúdo, intitulada de análise temática.

A primeira fase refere-se à pré-análise, que consiste na organização do material coletado para a análise, ou seja, transcrição das fitas da entrevista semi-estruturada e organização dos diários das observações; trata-se da constituição do corpus (campo de atenção) que são documentos representativos e pertinentes à pesquisa.

Na segunda etapa, realiza-se a exploração do material, que começa na pré-análise e destina-se a submeter o corpus a um estudo aprofundado, realizando uma leitura exaustiva do material organizado. Nesta fase, também, é realizada a decomposição do material coletado em unidades de significado e posterior agregação destas unidades em temas e/ou categorias que irão emergir do conteúdo dos dados coletados.

Após a descrição dos núcleos de significados identificados e categorizados durante a exploração do material, passar-se-á à interpretação e discussão dos resultados da pesquisa, de acordo com o referencial teórico adotado.

A análise de conteúdo deve ir além das aparências, podendo ser considerada “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, mas não se

restringe apenas a isso; ela visa a inferência ou dedução lógica de conhecimentos relativos às condições de recepção das mensagens (BARDIN, 1979, p.38).

3. ASPECTOS ÉTICOS

Conforme os princípios éticos previstos na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (1996), o projeto de pesquisa será submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a proposta de estudo será encaminhada à Secretária de Saúde de Campo Bom e, posteriormente, à coordenação do PSF, para o conhecimento do processo de pesquisa.

A proposta de pesquisa será realizada após da de estudo, e discussão do tema com o Secretário Municipal da Saúde de Campo Bom e sua autorização para ser implementada no PSF.

Para a realização das entrevistas, será assegurado aos participantes tratar-se de um estudo direcionado para a obtenção do título de Mestre do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Serão esclarecidos os objetivos, a finalidade e a metodologia do estudo. Segundo Minayo (2002), o grupo deve ser esclarecido sobre aquilo que se pretende investigar e que, em nenhum momento, há obrigatoriedade de responder as questões.

Conforme resolução 196/96, do Ministério da Saúde que dispõe sobre as normas que regulamentam as pesquisas realizadas com seres humanos, as pessoas que participam da pesquisa devem querer participar, estar devidamente esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa, sobre os procedimentos utilizados e possibilidades de efeitos colaterais relacionados à pesquisa da qual estão participando.

Será garantida aos indivíduos que participarem da pesquisa a privacidade e a confiabilidade dos dados obtidos.

Aos participantes será garantido o anonimato (os nomes não serão referidos no estudo), livre acesso aos dados, liberdade de desistência da pesquisa no momento que desejarem, sem que isso traga qualquer prejuízo ao participante do estudo, e o consentimento da divulgação dos resultados encontrados.

A participação na pesquisa se dará a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Este Termo é elaborado pela pesquisadora em duas vias. Uma via permanece de posse da pesquisadora e a outra é dada ao entrevistado (BRASIL, 1996).

Ao término da pesquisa, os resultados serão apresentados à Secretaria Municipal de Saúde de Campo Bom, à equipe de profissionais do PSF e aos sujeitos pesquisados, se assim o desejarem.

Os resultados da pesquisa terão como finalidade a elaboração e a defesa de um artigo científico como conclusão do Mestrado em Saúde Coletiva da autora e serão divulgados em revistas de cunho científico, apresentados em congressos e em debates com grupos específicos.

4. CRONOGRAMA

Revisão do referencial teórico	Novembro de 2004 à abril 2005
Elaboração do projeto de pesquisa	Novembro de 2004 à agosto 2005
Conclusão do projeto de pesquisa	Agosto de 2005
Apresentação do projeto para qualificação	Agosto de 2005
Encaminhamento do projeto aos comitês de ética	Setembro de 2005
Pesquisa de campo	Outubro à novembro de 2005
Análise de dados	Dezembro de 2005 à fevereiro de 2006
Elaboração do artigo	Março à abril 2006
Defesa da dissertação	Junho de 2006

5. ORÇAMENTO

Material de consumo	Quantidade	Valor Unitário	Subtotal
Pacote de 500 folhas A4	3 pacotes	12,00	36,00
Canetas	4 unid.	1,00	4,00
Cartucho impressora jato de tinta	2 unid.	98,00	196,00
Fitas K – 7	20 unid.	6,00	120,00
Pilhas	20 unid.	3,00	60,00
Combustível	400 litros	2,20	880,00
Disquetes	10 unid.	2,00	20,00
Total do material de consumo			1316,00

Material Permanente	Quantidade	Valor Unitário	Subtotal
Gravador	1 unid.	80,00	80,00

Serviços	Quantidade	Valor Unitário	Subtotal
Internet	10 meses	89,00	890,00
Xerox	500 cópias	0,10	50,00
Telefone	100 minutos	0,30	30,00
Digitação	200 folhas	1,00	200,00
Encadernação	4 encadernações	7,00	28,00
Total dos serviços			1198,00

Custo Total da Pesquisa	Subtotal	10% imprevistos	Total
Material de Consumo	1316,00	131,60	1447,60
Material Permanente	80,00	8,00	88,00
Serviços	1198,00	119,80	1317,80
Total de materiais e serviços de verba para a pesquisa			2853,40

Os custos para a realização desta pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Lúcia (org.). **Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial**. Belo Horizonte: Campo Social, 2002.

ALMEIDA, C. Novos modelos de atenção à saúde. Bases conceituais e experiência de mudança. *In: Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Normas regulamentadoras sobre pesquisa em seres humanos**. Brasília, 1996.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. Um ensaio sobre a (In) Definição de Integralidade. *In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (org.) Construção da Integralidade*. Cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO UERJ, 2003.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma, repensando a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. *In: CECILIO, L. C. O. (org) Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CARNEIRO, F.; AGOSTINI, M. (org). Oficinas de Reflexão – espaços de liberdade e saúde. *In: AGOSTINI, M.; Trabalho feminino e saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 18, suppl. p. 110 – 116. Rio de Janeiro, 2002.

CORDEIRO, Hésio. **Descentralização, universalização e equidade nas reformas de saúde**. Ciência e saúde coletiva. V.6, n.2, p:319-328, Rio de Janeiro, 2001.

CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. *In*: MINAYO, Maria Cecília de S. (org). **Pesquisa Social**. 20. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E.L.C.P. Os princípios do sistema único de saúde – SUS potencializando a inclusão social na atenção saúde. **O mundo da Saúde**. V. 29, n.1, jan-mar, p. 20-25, 2005.

FRACOLLI, Lisleine Aparecida. O Programa de saúde da família como uma estratégia para inclusão social na perspectiva do trabalho da enfermagem. **O mundo da Saúde**. V. 29, n.1, jan-mar, p. 35-40, 2005.

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,abr., p.345-353, 1999.

GIL. Antônio C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**.5.ed.São Paulo: Atlas,1999.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da Língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1975.

LALANDE, André. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**. São Paulo : Martins Fontes, 1993.

LUCCHESI, Patrícia T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência e saúde coletiva**. V. 8, n. 2 p. 439-448, Rio de Janeiro, 2003.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas**. São Paulo:EPU, 1986.

MATTOS, Ruben Araújo de,; PINHEIRO, Roseni (org.). **Os sentidos da Integralidade**. Na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, ABRASCO UERJ, 2001.

MATTOS, Ruben Araújo de. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (org.) **Construção da Integralidade**. Cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, ABRASCO UERJ, 2003.

MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica**. Belo Horizonte: Fumarc, 1985.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: Os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. *In* CECILIO, L.C.O. (Org.) et al. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MERHY, E. E.; MENDES, A. **O financiamento da atenção à saúde no Brasil**. In Congresso paulista de Saúde pública, Anais, p.145-154, São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública, 2000.

MERHY, E.E et al. **O trabalho em Saúde olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**.20.ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS**. Política Nacional de Humanização. Brasília: Secretaria Executiva, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Indicadores de saúde**. Datasus. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br> > Acesso em 02 jun.2005.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectiva da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

OLIVEIRA, Paulo de Salles (org.). **Metodologia das ciências humanas**. São Paulo: UNESP - Universidade Estadual Paulista, 1998.

REIS, Cláudia da Costa Leite; HORTALE, Virginia A. Programa de Saúde Família: supervisão ou convivência? Estudo de caso em município de médio porte. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n.2, p. 225 – 240, mar – abr, 2004.

SANTOS, J. L. F. WESTPHAL, M.F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos avançados**. V.13, n.35, jan-abr, São Paulo:1999.

SAWAIA, Bader Burihan; LANE, Silvia T. Maurer. **Novas veredas da psicologia social**. São Paulo: EDUCS, 1994.

SCHIMITH, M. D. **Acolhimento e vínculo no Programa de Saúde da Família: realidade ou desejo?** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola da Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 20, n. 6 p. 100 – 109, Nov-dez, 2004.

SENNA, Mônica de Castro Maria. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 18, suppl. p. 92-107. Rio de Janeiro, 2002.

SOUSA, Maria Fátima. **A Cor – Agem do PSF**. São Paulo, Hucitec, 2003.

TORRES. Santomé J. **Globalização e interdisciplinaridade**: o currículo integrado. Porto Alegre: Artmed; 1998.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso**. Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Apêndices

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

INFORMAÇÃO AO SUJEITO DE PESQUISA

A aluna Ana Paula Wunder, sob a orientação da Professora Lucilda Selli, está realizando um estudo com profissionais do Programa de Saúde da Família: médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes de saúde. O trabalho tem apoio da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Campo Bom/RS e da Coordenação do Programa de Saúde da Família do Município.

Com este estudo busca-se conhecer de que forma está acontecendo o trabalho dos profissionais do Programa de Saúde da Família, relacionando-o com o novo modelo de atenção à saúde. As questões desenvolvidas nas oficinas de grupo serão centradas na integralidade e nos processos de trabalho. O estudo poderá ajudar os profissionais a construírem formas melhores de trabalho dentro do PSF e, assim, aumentar a qualidade do atendimento no programa.

Os profissionais que irão fazer parte do estudo serão convidados a participar de oficinas de grupo, a fim de discutir as diferentes experiências relacionadas ao funcionamento do Programa de Saúde da Família. As oficinas irão acontecer em quatro encontros. Para isso, os encontros serão marcados com local, data e horário combinado com os participantes. As falas serão gravadas em uma fita K7, com a autorização do participante. Também, se terá o cuidado para não identificar nenhum dos sujeitos do estudo.

Para participar da pesquisa será necessário a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias; uma ficará com o participante de estudo e, a outra, com a pesquisadora. As informações obtidas serão utilizadas, exclusivamente, para atender aos objetivos da pesquisa e não poderão servir para prejudicar o profissional que participou do estudo. O profissional poderá retirar-se do estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum. O integrante da pesquisa receberá todos os esclarecimentos necessários, antes e durante o estudo. Os resultados da pesquisa serão apresentados aos participantes.

CONSENTIMENTO DO SUJEITO DE PESQUISA

Compreendi os objetivos e a metodologia do estudo e estou disposto a participar da pesquisa, respondendo as questões da entrevista.

Assinatura do participante

Assinatura da aluna responsável pelo estudo

Aluna: Ana Paula Wunder

Telefones de contato: Residencial – 3593 48 93

Celular – 995 43600

Orientadora: Professora Doutora Lucilda Selli

Telefone de contato: Trabalho – 3590 22 32 ramal: 1227

Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Av. Unisinos, 950

93.001-970 São Leopoldo, RS

Telefone do Comitê de Ética da Unisinos – 5903333 (ramal3203)

Anexos

ANEXO A

**AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DO MUNICÍPIO DE CAMPO BOM
PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

ANEXO A

**AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DO MUNICÍPIO DE CAMPO BOM
PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

ANEXO B

RESOLUÇÃO DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO CEP-UNISINOS

ANEXO B

RESOLUÇÃO DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO CEP-UNISINOS

RELATÓRIO DE PESQUISA

1 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O problema de pesquisa deste estudo teve seus primeiros reflexos no cotidiano profissional da pesquisadora. Ao iniciar o mestrado em saúde coletiva, juntamente com a troca de função para a área de saúde pública, mais especificamente dentro do Programa de Saúde da Família, deparou-se com uma mudança de visão na área da saúde, onde a ênfase de trabalho passa ser a prevenção, a qualidade de vida, o acompanhamento do paciente pelo profissional de saúde; ao contrário do trabalho hospitalar, onde se trata a doença de forma desumanizada, sem a criação do vínculo com o paciente e com pouca possibilidade de educação para a saúde. A formação acadêmica de enfermagem tem uma visão predominantemente hospitalocêntrica, e a mudança de atuação suscitou questionamentos que merecem atenção, com relação à formação e atuação profissional.

Destaca-se algumas questões que vieram à tona: a atenção à saúde, até poucos anos atrás vista como algo unicamente curativista, onde predominava a prática hospitalocêntrica, o cuidado desumanizado, com uma visão precarizada e individualista do ser humano, constituída pela prática médico centrada. Como tentativa de reverter esta situação, o governo federal, a partir do Programa de Saúde da Família, preconiza uma nova forma de atuação dos profissionais da saúde. Estimula o acolhimento e vínculo, a visão integral do indivíduo, bem como a atuação multiprofissional dentro da Unidade Básica de Saúde.

A pesquisadora, ao vivenciar esta transição de paradigma, através da troca na área de atuação profissional, do hospital para o Programa de Saúde da Família, deparou-se com a seguinte pergunta: de que forma está ocorrendo a mudança de paradigma assistencial na saúde através das modificações no Sistema Básico de Saúde com a implantação do PSF?

1.1 MÉTODO

Este estudo está centrado no enfoque qualitativo, com metodologia exploratória descritiva, através de uma amostra intencional.

A técnica que se propunha utilizar no projeto desta pesquisa era a de oficinas educativas. Percebeu-se, no transcorrer da coleta de dados, que o grupo não se deteve na elaboração da técnica proposta para a oficina. A maior parte do tempo

nos encontros era ocupado pelas discussões entre os profissionais em torno dos temas suscitados pela técnica. Deu-se origem, predominantemente, a dados verbais.

Desta forma, entende-se que o método utilizado para a coleta de dados foi grupo focal e, como forma de estimular as discussões, desenvolveu-se oficinas.

O grupo focal é um método qualitativo, utilizado para o entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes de um grupo sobre determinado fato ou tema. A vantagem da discussão focal é a possibilidade de observar a interação do grupo sobre determinado conteúdo. A essência do grupo focal é apoiar-se na interação entre seus participantes para colher dados a partir de tópicos fornecidos pelo pesquisador (CARLINI-COTRIM, 1996).

As oficinas constituem um espaço para discussão e reflexão das vivências, e identificação de temas fundamentais para a compreensão do problema em pauta (SAWAIA; LANE, 1994). É um método adequado para estabelecer relações horizontais num ambiente caracterizado por relações hierarquizadas, como é o caso da saúde, já que o espaço de discussão tem por objetivo resgatar os conhecimentos existentes, manifestar os sentimentos relativos a vivência, facilitar a expressão e a comunicação intergrupar, aliados à motivação para a discussão dos conteúdos. Usa-se diferentes dinâmicas de grupo para facilitar a interação (CARNEIRO; AGOSTINI, 1994).

A organização para aplicação do método se deu em três fases (VICTORA; KNAUTH; HASSE, 2000):

A) Convite aos participantes em potencial, com a seleção das pessoas a partir dos critérios preestabelecidos, marcação de data e hora, local e tempo de duração dos encontros. Preparação do encontro: elaboração do roteiro, organização do material a ser utilizado, como gravador, fitas e demais materiais utilizados para aplicação das dinâmicas propostas;

B) O encontro: o facilitador deve manter a liderança do grupo, ouvir atentamente os participantes, demonstrar envolvimento. Para um bom desenvolvimento desta fase, a pesquisadora foi auxiliada durante a coleta de dados por uma bolsista de pesquisa. Ela ficou responsável pelas questões práticas, como cuidar do gravador e trocar as fitas. É recomendado, também, no desenvolvimento desta fase, um mapeamento dos participantes, como idade, sexo, escolaridade e alguma questão mais específica ao objeto de pesquisa, que será apresentado no decorrer do estudo.

C) Transcrição das fitas e compilação dos dados, realizadas após a coleta de dados pela própria autora.

Gaskell & Bauer (2003) destacam que o grupo é mais do que a soma das partes, é uma sinergia que ocorre entre as interações sociais, onde é possível observar a dinâmica da atitude e da mudança de opinião, bem como a liderança de opinião. Os autores enfatizam que, mediante o trabalho com o grupo, há a possibilidade do pesquisador conhecer os envolvimento emocionais existentes no grupo, questão que é dificilmente revelada ao se tratar de entrevistas individuais.

Com o objetivo de captar a realidade cotidiana da equipe de PSF a ser estudada, é que se optou por desenvolver a coleta de dados dentro da Unidade de Saúde onde atuam os profissionais, e conhecer as especificidades daquele trabalho em equipe.

Conforme Minayo (2000), os grupos possuem, internamente, conflitos e diferenças. A coesão do grupo e a perspicácia dos entrevistadores possibilitará aprofundar as questões não abordadas. Por outro lado, sabe-se que qualquer grupo exerce certa vigilância sobre os seus membros; por isso, é importante que o animador da discussão procure evitar que as coordenações inibam as falas. Outro fator importante é que o facilitador, de forma consciente ou não, induza o grupo através dos aspectos que considera relevantes. Mas, por mais que ele estimule a explicitação de determinados temas, eles dificilmente emergirão se não são relevantes para os informantes; devido a isso, o roteiro de discussão será constituído com foco naquilo que é a vivência do dia – a – dia dos profissionais de Saúde da Família.

Gui (2003) destaca que o moderador deve apresentar modalidades decisivas para uma boa condução do encontro. Deverá ser capaz de criar um ambiente de empatia, não ameaçador, que encoraje os participantes a exporem suas idéias e sentimentos. Flick (2004) sugere que, para isso, é necessário iniciar o trabalho no grupo com algum tipo de aquecimento.

Neste estudo, as discussões do grupo foram incentivadas pelas oficinas, a fim de criar um ambiente que estimulasse as discussões sobre o tema em foco e horizontalizar as relações dos componentes do grupo. Foram aplicadas diferentes oficinas desenvolvidas pela pesquisadora e propostas no início de cada encontro, a fim de promover as discussões entre os participantes do estudo e a observação das formas de organização do trabalho da equipe.

Para a consecução da pesquisa, foi formado um grupo com a equipe de trabalho da Unidade escolhida, totalizando 12 profissionais, entre eles: um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, cinco agentes comunitárias de saúde, uma dentista, uma auxiliar de odontologia e uma agente administrativa. O nome da Unidade não é identificado, bem como os nomes dos profissionais foram trocados por cores no decorrer do trabalho, a fim de preservar o profissional que lá atua, não o expondo. É a forma de manter o anonimato das informações.

As cores foi o pseudônimo escolhido para representar os indivíduos participantes, pois esta foi uma das formas que eles escolheram para representar o trabalho da equipe durante uma dinâmica proposta: *“O nosso trabalho é como arco-íris, cada um tem sua cor, sua função seu jeito, mas o objetivo é o mesmo: o arco-íris.”*(Laranja).

O Programa de Saúde da Família preconiza, como equipe básica, o médico, enfermeira, técnicos de enfermagem e agentes comunitárias de saúde. Porém, indica outros profissionais para integrar a equipe, como dentistas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros. Desta forma, atenta-se para o fato de que, primeiramente, a intenção era trabalhar com o médico, a enfermeira, os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. No entanto, no primeiro encontro, a equipe apresentou-se com estes profissionais e, também, com a presença da auxiliar administrativa, da dentista e da auxiliar de dentista. Entendeu-se que todos estes profissionais eram tidos como membros da equipe daquele PSF. Realizou-se a pesquisa com todos, sem a exclusão dos que não estavam previstos no projeto do estudo.

1.2 PERFIL DOS PARTICIPANTES

Foram acompanhados 12 profissionais pertencentes à Unidade de PSF escolhida durante os seis encontros. Todos com formação concluída há mais de cinco anos. Entre eles, três com terceiro grau (medicina, enfermagem e odontologia), quatro com ensino técnico (auxiliar de odontologia, enfermagem e magistério) e cinco com ensino fundamental.

São eles: um médico, 32 anos e atuante no Programa de Saúde da Família há 3 anos. A enfermagem conta com trabalho de três profissionais: uma enfermeira, 47 anos, aposentada e integrante do Programa há 5 anos; uma técnica de enfermagem, 45 anos, que trabalha no Programa há 4 anos e um técnico de

enfermagem, 38 anos, que trabalha há 8 meses no Programa. A unidade conta, há dois anos, com o trabalho da profissional dentista, 38 anos e da auxiliar de odontologia, de 34 anos. Fizeram parte do estudo, também, os cinco agentes comunitários de Saúde pertencentes à equipe, todos do sexo feminino, com idades entre 28 e 39 anos. Todos eles possuem o ensino fundamental. O mais antigo agente dentro do Programa atua há 4 anos e o agente mais recente está atuando há 6 meses. Participou do estudo, também, a agente administrativa da Unidade, de 24 anos, formada em magistério e trabalhando no PSF há 1 ano (Apêndice A).

1. 3 O CONTATO COM A SECRETARIA DE SAÚDE E COM OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A opção por realizar este estudo no município de Campo Bom-RS teve, como razão, a valorização do local de trabalho da pesquisadora, a pesquisa intitulada “A percepção dos profissionais sobre os aspectos éticos do programa de saúde da família (PSF) do município de Campo Bom” realizada pelo grupo da pós graduação da Unisinos em saúde coletiva, junto com as equipes de Saúde da Família; a carência de estudos relacionados ao PSF dentro do município e a precoce implantação do programa neste município, desde 1997.

O processo iniciou a partir do contato com a Secretaria de Saúde do município e com a representante do Numesc (Núcleo Municipal de Ensino e Pesquisa). Prontamente, foi disponibilizado a opção de se desenvolver o estudo em uma das Unidades de Saúde que tinham PSF. O próximo passo foi conversar com a coordenadora da equipe escolhida, neste caso, a enfermeira. Optou-se pela equipe de PSF que menos sofreu rotatividade no quadro profissional desde a implantação do programa, se comparado com as demais equipes da cidade. A pesquisadora teve o cuidado de ser apresentada à equipe do programa pela coordenadora da Unidade. Este primeiro contato com a equipe aconteceu no momento da reunião do grupo, bem como os demais encontros com os profissionais para a coleta de dados. Neste primeiro encontro, foi apresentado o projeto de pesquisa para toda a equipe. Fez-se um breve relato sobre o tema da pesquisa, bem como os objetivos do trabalho, sua finalidade e método para coleta de dados. Foi deixado junto à equipe, duas cópias do projeto de pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi discutido e assinado por todos os presentes, bem como a autorização para a gravação dos encontros em fitas K7.

O cronograma (Apêndice B) para a realização da coleta de dados foi, também, definido neste primeiro encontro. A equipe disponibilizou parte do tempo de reunião de equipe que eles realizavam todas as quintas – feiras à tarde, das 15 às 17 horas. Combinou-se que o horário para a coleta de dados seria das 15:30 às 17 horas, totalizando uma hora e meia para cada encontro. Pretendia-se, inicialmente, realizar quatro encontros. Foram necessários cinco encontros, posteriores ao realizado para a apresentação da proposta e a assinatura do Termo de Consentimento.

1.4 A COLETA DOS DADOS

A primeira oficina utilizada para suscitar as discussões foi realizada como piloto e mostrou-se adequada para validar a técnica. Desta forma, os dados coletados durante a sua realização foram aproveitados no presente estudo. A coleta de dados foi realizada na própria Unidade de PSF da equipe, mais especificamente, na sala de espera, local onde era feita, também, a reunião de equipe. O local da coleta suscitou algumas dificuldades, como o telefone tocando, paciente chamando na rua e o lugar ser pequeno. Estas questões demonstraram algumas peculiaridades do trabalho da equipe, a realidade vivida por aquela Unidade.

O processo de coleta de informações foi realizado pela pesquisadora, com o auxílio de uma bolsista de pesquisa na área da Biologia, que exerceu o papel de observadora e de assistente durante a coleta de dados. Ela realizou anotações pertinentes ao comportamento dos membros participantes e manteve o cuidado com as gravações das falas dos profissionais. Os registros das coletas, além de gravados, eram feitos em um diário de campo que acompanhava a pesquisadora e foi utilizado para descrever os principais aspectos levantados no momento das discussões, a participação dos profissionais e os aspectos subjetivos e objetivos que eram observados no contexto da pesquisa. As narrativas eram gravadas, procurando não afetar a espontaneidade dos interlocutores.

Os encontros costumavam iniciar da mesma forma. A pesquisadora chegava no horário marcado, quando a equipe estava encerrando a sua reunião. Os profissionais estavam organizados sob forma de círculo, sentados nos bancos da sala de espera da Unidade. A pesquisadora cumprimentava a equipe, e logo após, propunha a técnica, que tinha como objetivo suscitar discussões sobre o tema em

questão. Ela exerceu o papel de facilitadora e norteadora das questões levantadas pelos participantes.

A primeira oficina foi intitulada pela autora de “Vende-se um PSF”. Neste momento foi proposto que os participantes fizessem, com o material disponibilizado pela mesa uma propaganda do seu PSF, apresentando o seu modo de trabalho, bem como os serviços que ofereciam. O material utilizado na atividade foi: cartolina, papel pardo, tinta, caneta hidrocor, tesoura, cola e pincéis. Os temas abordados com a técnica foram: funções do programa, função de cada profissional, responsabilidades técnicas, trabalho de equipe e como se dava a organização daquela equipe diante da proposta do PSF.

Neste primeiro encontro, inicialmente, a idéia foi pensada de forma individual pelos participantes, cada um queria vender a sua função profissional. A pesquisadora nunca definiu, na apresentação da proposta da dinâmica, a forma de organização do trabalho: individual ou não. Esta opção era desenvolvida pelos participantes. Estabeleceu-se discussões sobre as funções de cada profissional, as tarefas desenvolvidas por cada um e a forma de se organizar como equipe. A organização da agenda para suprir a demanda apareceu como foco da discussão. A finalização da proposta deu-se com a apresentação de um cartaz, demonstrativo do trabalho na Unidade. O material tinha o seguinte dizer: *“Venha para o nosso posto, onde você encontra agilidade, humanidade, profissionalismo e ética, com profissionais altamente qualificados para lhe proporcionar o que há de melhor em termos de saúde, qualidade de vida e planejamento familiar”* (equipe do PSF).

No segundo encontro, a oficina intitulou-se “Família X Equipe”. O material disponibilizado foi: argila, palitos de madeira e canetas hidrocor. Os temas abordados com esta técnica foram: a relação paciente/equipe de saúde, acolhimento e vínculo e a integralidade do atendimento.

Neste segundo encontro, foi proposto aos participantes a criação de uma família e as formas de relacionamento desta família com a equipe do PSF. A família apresentada foi uma já existente no trabalho da Unidade. A atividade foi desenvolvida e discutida em grupo. A finalização desta proposta foi a apresentação dos indivíduos da família e sua história de relacionamento com a equipe. Importante ressaltar que o relacionamento dos integrantes da família com a equipe foi apresentado, na maior parte, de forma uniprofissional e individual, como por exemplo: a relação da mãe com médico, da filha com a enfermeira, da avó com o

médico. Ou seja, poucas vezes foi citada a família como um todo e seu relacionamento com a equipe.

O terceiro encontro foi desenvolvido com o objetivo de resgatar a questão do acolhimento e vínculo, pois a discussão do tema não se esgotou no encontro anterior, havendo a necessidade de se retomar a questão. Denominou-se a técnica utilizada de “Acolhimento e Vínculo”. O material disponibilizado pela pesquisadora foi: sucatas de papel (caixinhas), canetas hidrocor e cola. O objetivo desta oficina foi o de avançar as discussões sobre o tema: acolhimento e vínculo. Foi proposto representar com o material disponível (sucatas) como se dava esta prática de trabalho na Unidade. Foram discutidas questões sobre como se desenvolve o acolhimento e o vínculo naquela Unidade, e as dificuldades encontradas pelos profissionais diante deste dispositivo de trabalho.

Neste momento, diversas idéias foram levantadas, e pôde-se verificar as diferentes visões profissionais sobre o tema, assim como interpretações adversas sobre o assunto. Cada profissional mostrou a sua caminhada diante desta proposta de acolhimento e vínculo e a sua tentativa de concretizá-la dentro do programa. Apareceram, também, as dificuldades enfrentadas para sua concretização, bem como a grande demanda da população, a falta de preparo profissional, a carência de alguns profissionais de apoio, entre outros pontos discutidos no decorrer do estudo. Esta proposta encerrou-se com a representação da Unidade, com uma fila na frente dela e os agentes de saúde de frente para a comunidade. Os demais profissionais não foram representados com a sucata, pois conforme a informação da equipe diante deste levantamento, eles estão dentro do posto.

A oficina utilizada no quarto encontro foi denominada de “Varal da Equipe”. O material disponibilizado foi: barbante, balde, grampos de prender roupa, canetas hidrocor e folhas de papel. O objetivo desta técnica foi promover discussões sobre o trabalho e a organização da equipe de PSF. A autora propôs que os participantes apresentassem seu trabalho em um varal.

Para que a proposta da técnica fosse realizada pendurou-se um barbante no alto, colocou-se o balde no chão, grampos de roupa foram espalhados, bem como folhas de papel e canetas hidrocor. Os participantes se organizaram de forma individual; cada um, em silêncio, criou algo em uma folha de papel. Após alguns minutos, iniciou-se a apresentação. Cada profissional se apresentou como parte daquele varal; muitos mergulharam seu papel no balde, o que representou a

reciclagem profissional; um participante jogou seu papel no balde, dizendo não se sentir parte integrada da equipe. A proposta gerou uma ampla discussão sobre as funções profissionais e seu papel na equipe de saúde. No final, foi solicitado pelos participantes da pesquisa que a pesquisadora os fotografasse. Um profissional encerrou a atividade dizendo: *“A gente cuida tanto da saúde dos outros, somos cuidadores. Uma sugestão seria alguém cuidar do cuidador, seria bom uma pessoa de fora, com um olhar neutro que participasse das reuniões, que nos ajudasse a lavar as nossas roupas sujas, báh! Ia ajudar muito”*. (Verde).

No quinto encontro, a oficina utilizada foi denominada de “Balões preciosos”. O material disponibilizado foi: dois sacos de balões, folhas de papel e canetas hidrocor. Com esta técnica, objetivou-se, além de realizar a finalização do trabalho feito com o a equipe do PSF, discutir sobre as questões consideradas fundamentais pela equipe para o desenvolvimento do trabalho no PSF.

Foi proposto para a equipe sintetizar, com uma palavra, o que representa e o que é importante para o desenvolvimento do trabalho no PSF. Foram espalhados balões, papel e canetas. Os profissionais, novamente, organizaram-se de forma individual: cada um, com seu papel e seu balão, escreveu uma palavra ou frase. Os balões foram misturados, trocados e, logo após, estourados. O indivíduo que estourava o balão lia a palavra escrita e comentava-a, os demais participavam dos comentários, e as discussões sobre os processos de trabalho dentro da equipe eram levantadas no grupo. Neste último encontro, como forma de agradecimento pela participação dos profissionais, a pesquisadora deu para cada participante, uma cópia da fotografia da equipe feita no encontro anterior.

Durante os encontros, alguns profissionais se destacaram, dando mais opiniões e, muitas vezes, monopolizaram as discussões dentro do grupo. Em contraponto, outros só se manifestavam, quando o grupo se organizava de forma individual para construir a dinâmica proposta.

Os encontros eram finalizados pelos próprios participantes, quando se encerravam as discussões sobre o tema proposto. Ou seja, quando não havia mais ninguém para se colocar frente ao tema, aos poucos, os participantes despediam-se e iam embora. Algumas vezes, o encontro se encerrava devido ao horário de trabalho que chegava ao fim, 17 horas, pois alguns deles dependiam de transporte, ou tinham compromissos posteriores. Outras vezes, ultrapassou-se o horário de

trabalho, fazendo com que os participantes mantivessem suas discussões até o limite do tema proposto.

No decorrer das coletas de informações, iniciou-se a transcrição das fitas gravadas na íntegra, preservando-se todos os detalhes das falas. Este procedimento foi realizado pela própria pesquisadora, devido à proximidade que teve com os relatos e a familiaridade com todas as nuances dos encontros e, também, com o contexto em que aconteceram. Conforme Thompson (2002), a pessoa que grava a fita é a mais capacitada para garantir a precisão da transcrição.

Os relatos das discussões estabelecidas, complementados pelos registros de diários de campo, compuseram a base para a etapa posterior da pesquisa.

1.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS FALAS

Com a familiarização das informações compiladas, durante e após a pesquisa de campo, iniciou-se a análise e interpretação do material selecionado. Optou-se pela forma de análise de conteúdo temática (BARDIN, 1979; MINAYO, 2000).

A análise de conteúdo é mais do que um procedimento técnico para tratar os dados, é algo que atinge o mais profundo de um texto. A técnica de análise de conteúdo temático, utilizada para análise e interpretação das informações da pesquisa, consiste num feixe de relações, podendo ser apresentado por uma palavra, uma frase, um resumo (MINAYO, 2000).

Conforme Bardin (1979, p. 105), “o tema é uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à literatura”.

A análise temática consiste em descobrir núcleos de sentido ou unidades de significado pertinentes a objeto de análise em questão (MINAYO, 2000).

A análise de conteúdo temática é organizada em três pólos cronológicos: (1) pré-análise; (2) exploração ou análise do material; (3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (MINAYO, 2000). Para este trabalho, os procedimentos realizados em cada etapa encontram-se descritos abaixo:

Pré-análise: constituiu-se na primeira fase, em que houve a organização do material a ser analisado. Nessa etapa, foi realizada a leitura exaustiva de todo material fornecido pelos sujeitos do estudo, buscando-se selecionar informações de interesse direto para a pesquisa, com vistas a resultados que explicassem claramente os objetivos;

Exploração do material: é a análise propriamente dita. Ou seja, a partir da leitura do material, o texto foi recortado em suas unidades de registro, buscando-se identificar as categorias a serem trabalhadas. Ao se encontrar as categorias a serem trabalhadas, elas foram nominadas e descritas;

Tratamento dos resultados e interpretação: é a fase posterior à análise do material, onde os dados são discutidos e relacionados ao referencial teórico (MINAYO, 2000).

Incluiu-se uma última fase no estudo que trata da devolução dos resultados da pesquisa à Secretaria de Saúde de Campo Bom e aos profissionais que participaram do estudo.

Com a decodificação das unidades de registro, emergiram duas grandes Unidades Temáticas a serem exploradas no decorrer deste relatório: práticas de atendimento, que incluem a discussão dos itens: acolhimento e vínculo, dificuldade de transição de modelo na prática profissional e a responsabilidade, de quem? A outra Unidade temática trata das questões da equipe de saúde, onde os itens trabalhados são: o caminho para multidisciplinaridade, e a desvalorização profissional como motivo para desmotivação do trabalho em equipe.

1.6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

1.6.1 Práticas de Atendimento

A presente unidade temática tem, como enfoque central, o acolhimento e vínculo. Buscou-se, através da análise de conteúdo, descrever como os sujeitos pesquisados identificam esta forma de processo de trabalho dentro das suas vivências profissionais. A unidade temática compreende o estudo de três aspectos: acolhimento e vínculo, dificuldade de transição de modelo na prática profissional e a responsabilização pela saúde do usuário do Programa. O estudo desses aspectos possibilita uma maior compreensão de como se dão as práticas de atendimento.

1.6.1.1 Acolhimento e Vínculo

O item acolhimento e vínculo será analisado sob três aspectos principais que irão se desenvolver a partir das seguintes questões: as concepções de acolhimento, como novo caminho para o atendimento integral; o acesso do usuário ao sistema de saúde como facilitador ou não do processo de acolhimento e vínculo, e o problema do acolhimento frente a excessiva demanda que se estabelece.

Inicialmente, trabalhar-se-ão as concepções de acolhimento no novo modo de atenção à saúde. A proposta de acolhimento se deu como forma de garantir o acesso dos usuários ao sistema de saúde. A frase seguinte mostra a transição entre o atendimento proposto pelo modelo de saúde biologicista para o modelo da integralidade sendo implantado no Brasil, tendo como um de seus pressupostos básicos o acolhimento:

“Antes tinha tantas fichas para clínico e deu, tchau para quem não conseguiu e de repente: não tem mais ficha, mas tem que acolher e ai: o que era para a senhora? Vamos sentar, vamos ver se posso te ajudar. A população começou a incorporar outro tipo de atendimento: mesmo que não tenha ficha, eles vão te atender. Mudou o modelo, mudou tudo”. (Rosa).

O PSF baseia-se na promoção de saúde, através de uma atenção integral e humanizada. Uma das principais ações para a humanização da atenção é o acolhimento, o receber bem, o dar respostas resolutivas para os problemas de saúde da população.

Pode-se reconhecer, nas estratégias de melhoria de acesso e desenvolvimento de práticas integrais, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização. O acolhimento, enquanto diretriz operacional, propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde e organizá-lo de forma usuário-centrado (PINHEIRO, 2001).

A integralidade, um valor a ser sustentado, consiste em uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde, uma atenção a sua necessidade e um cuidado para que ela não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico deste, pois tal redução cria silenciamentos. A integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude da equipe de saúde que busca, prudentemente, reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde. Manifesta-se com a preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Encontra-se, diante dos relatos trabalhados, situações que demonstram este caminhar rumo à integralidade: *“Eles, vem aqui e querem atenção, a gente escuta, dá atenção, ouve tudo que eles precisam desabafar e ai eles saem melhor, desabafaram, às vezes funciona bem escutar”.* (Lilás). Desta forma, integralidade existe em ato e pode ser demandada na organização de serviços e renovação das

práticas de saúde, valorizando o cuidado e considerando o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades (PINHEIRO, 2001).

O acolhimento propõe inverter a lógica de funcionamento do serviço de saúde, partindo do princípio de atender a todas as pessoas que procuram o serviço, garantindo uma acessibilidade universal. As falas verbalizadas pelos profissionais que participaram do estudo possibilitam identificar concepções adversas sobre o processo de acolhimento; notou-se que, em algumas situações, não há preparo profissional para se desenvolver esta prática de atendimento: *“Chegando na Unidade a nossa recepcionista faz a primeira acolhida, dando informações sobre o agendamento e distribuindo as fichas”*. (Verde). Desta forma, não se concretiza o acolhimento, pois este deveria se dar através de uma escuta qualificada do usuário.

Alguns profissionais distinguem as informações dadas ao usuário, sem o compromisso do acolhimento, como sendo uma triagem. O profissional compara a triagem com o acolhimento para demonstrar a maior qualificação exigida diante da realização do acolhimento: *“A triagem às vezes é uma informação que se consegue resolver no balcão, o acolhimento já é algo mais qualificado”*. (Azul).

No Dicionário de Língua Portuguesa Houaiss (2004), triagem é “ato ou efeito de tirar, de separar, selecionar, separação, escolha. Escolher entre certo número de pessoas ou coisas as que correspondem a um dado critério e separá-las dos demais.”

Porém, para Franco et al (1999), o acolhimento assume a função de escutar e dar uma resposta positiva aos problemas de saúde do usuário. Verifica-se que nem sempre a resposta dada pelo profissional, durante o acolhimento, corresponde às necessidades trazidas pelo usuário. Sendo assim, o acolhimento passa a se tornar uma ferramenta não resolutiva dentro dos processos de trabalho do Programa de Saúde da Família. A frase seguinte exemplifica esta situação. *“Eu acho que acolhimento a gente faz no dia-a-dia. Antes de abrir tu já está acolhendo, tu estaciona o carro eles já estão em cima e tu já começa a responder o que eles querem. Mas as vezes quando tu acha que fez acolhimento para eles não foi, porque eles queriam uma consulta”*. (Vermelho). O acolhimento é entendido pelo profissional, nesta verbalização, como um repasse de informações, o que não caracteriza verdadeiramente esta prática de trabalho.

Em alguns momentos, o acolhimento é realizado com o objetivo de diminuir a demanda para o profissional médico, por exemplo: *“Às vezes as pessoas vêm*

porque estão ansiosas, a gente senta conversa e acalma para não precisar passar para o médico, ele não tem mais como atender, mas eles querem ele a todo custo". (Lilás). O acolhimento se torna algo sem resolutividade ao usuário que, ao procurar pelo médico, depara-se com outro profissional para atendê-lo, de forma diferenciada do atendimento procurado. Porém, ao realizar a prática do acolhimento de forma pouco resolutiva, o profissional a desenvolveu sem transgredir a sua função, diferentemente do atendimento verbalizado por outro, onde ele desenvolve funções que não cabem a sua tarefa de trabalho, a fim de controlar com mais resolutividade a demanda para o médico: *"Às vezes, o acolhimento é isso: uma renovação de receita, um pedido de exame. Ai se é necessário mesmo, eu avalio, eu faço a receita, peço o exame e o doutor carimba e assina. A gente se ajuda, senão fica muita coisa para ele"*. (Vermelho). A própria equipe se organiza de forma a suprir as necessidades médicas da população, realizando tarefas médicas. As funções próprias de cada profissional desaparecem na organização médico centrada, onde prevalecem atitudes de responsabilidade médica. O desenvolvimento destas práticas potencializa o modelo médico centrado e retarda o processo de transição para o modelo usuário centrado, pois dá uma maior credibilidade as funções médicas.

Para Franco et al (1999), todo o profissional pertencente à equipe de saúde deve estar apto a realizar o acolhimento, a fim de que se desloque o eixo central do médico para o da equipe multiprofissional. Esta equipe deveria passar a ser o centro de atividade no atendimento ao usuário. Os autores sugerem, como forma de favorecer o processo da acolhida, o desenvolvimento de protocolos que orientem os procedimentos a serem adotados na equipe do acolhimento, inclusive permitindo ao enfermeiro a prescrição de vários exames e medicamentos, favorecendo o fluxo dos usuários, sem expor a responsabilidade técnica do profissional não médico e permitindo uma maior autonomia diante do acolhimento.

Porém, o acolhimento não trata simplesmente de desenvolver protocolos ou rotinas capazes de identificar e oferecer ações em saúde a quem procura o sistema. Mattos (2003) coloca que é necessário compreender o contexto específico de cada encontro entre membros da equipe de saúde e as pessoas, através das práticas intersubjetivas. Isso confere à saúde um caráter integral de assistência, na qual, nós, profissionais de saúde, utilizamos nossos conhecimentos para identificar as necessidades de ações e serviços de saúde de cada sujeito com o qual nos relacionamos, para reconhecer amplamente o conjunto de ações que podemos pôr

em prática (incluindo ações como o aconselhamento e as chamadas práticas de educação em saúde) para responder às necessidades que apreendemos.

Na unidade escolhida para a realização do estudo, não há uma equipe de acolhimento, como é sugerido por Franco et al (1999), este é realizado pelos profissionais que estão disponíveis no momento da necessidade na Unidade. Portanto, o profissional médico o realiza sob forma de consulta. O acolhimento quer a não verticalidade da organização do trabalho na Unidade, interferindo radicalmente no processo de trabalho dos profissionais. Contudo, não é possível romper a lógica do trabalho médico, que se dá basicamente em torno da agenda/consultas. Observa-se a seguinte fala: *“Aqui funciona por agendamento, venha antes das quatro da manhã, agende seu horário, pegue sua ficha com o médico. Tem atendimento de segunda a sexta, das 8h às 11h30min e das 12h30min às 17 h”*. (Branco). A visão de funcionamento da Unidade, diante desta fala, se dá a partir do agendamento-fichas, não demonstrando nenhuma mudança de organização em relação a quando não havia a proposta de acolhimento.

Merhy et al (2003) destacam que a diretriz do acolhimento pressupõe agenda aberta para os casos que necessitarem, assim como traduz o Ministério da Saúde (2004), ao propor através do acolhimento, redução das filas e do tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco. Porém, as ações em saúde privilegiam aspectos técnicos e administrativos que, embora indispensáveis, são insuficientes para lidar com a complexidade do ser humano. *“Para conseguir ser atendido tem que chegar às 4h da manhã na fila, senão, já viu né? E outra mais importante que a gente esqueceu: a pessoa deve morar na área, se não a gente não atende”*. (Lilás). O horário inadequado para conseguir atendimento, muitas vezes, dificulta que o acolhimento seja realizado, bem como a forma de organização do programa, que não possibilita ao indivíduo a opção de ser atendido pela equipe, caso ele não pertença a área de abrangência do PSF.

O segundo aspecto do item acolhimento irá tratar da relação do acesso da população ao sistema de saúde com a proposta de acolhimento e vínculo. O grupo estudado sinaliza, em suas discussões, as questões relacionadas ao acesso do usuário a outros níveis de atenção. A insatisfação aparece diante da incapacidade de poder dar resolutividade aos acolhimentos. O Programa tem o objetivo de ser a porta de entrada do paciente no Sistema de Saúde, mas deve se articular com os

demais níveis de atenção. Diante da falta de apoio dos demais serviços, os profissionais queixam-se do comprometimento na articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, que se reflete na dificuldade de se estabelecer um cuidado integral do indivíduo e na pouca credibilidade do usuário no Sistema. A equipe da unidade básica sente-se impossibilitada de atender o usuário de forma resolutiva e integral: *“Tem um paciente com seis indicações cirúrgicas, seis consultas hospitalares, encaminhamento para cirurgias, internações hospitalares e, mesmo assim, a pessoa volta aqui porque está com dor, febre, precisando da cirurgia e eu aqui preenchendo de novo um encaminhamento da Unidade Básica de Saúde onde a gente deveria estar fazendo prevenção e se atende 80% das patologias de saúde a nível primário. Isso é um refluxo para dentro da Unidade que não nos dá condições de trabalho. Eu já dei milhares de encaminhamentos e ela volta para tentar resolver aqui mas não é mais da nossa alçada. Aí a gente vai acolher é claro, mas esse acolhimento não vai ser resolutivo”*. (Azul). Este dado aponta os problemas relativos às dificuldades com os serviços de referência e contra-referência, bem como de acesso a serviços e procedimentos complementares.

O primeiro desafio, na busca do atendimento integral, é reestruturar a forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde trabalham nos dias de hoje. A mudança das práticas de saúde deve ocorrer em todos os níveis de atendimento, com a articulação dos serviços de saúde. O principal aspecto ligado a isso se refere à garantia de acesso do indivíduo aos diversos níveis de atenção, primário, secundário e terciário (CAMPOS, 2003).

Malta et al (2004) vem ao encontro desta dificuldade quando cita, entre outros, a deficiência da rede de serviços (insuficiência do apoio diagnóstico terapêutico) e a inexistência de ofertas específicas (alta complexidade, exames não cobertos) como um dos fatores responsáveis pelo rompimento da linha de cuidado integral.

O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações de diferentes complexidades, face à constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável

desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais e coletivas. Porém, Hartz; Contandriopoulos (2004) demonstram, também, que a imagem desse sistema sem muros, eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção, do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, embora consensual em seus princípios, tem se mostrado de difícil realização e implantação.

Campos (1992) defende a necessidade de uma rede de apoio satisfatória, quando relata que o acolhimento possibilita regular o acesso, por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário, de forma a escutar todos os pacientes, resolver seus problemas mais simples ou referenciá-los se necessário.

Quando o fácil acesso a outros níveis do sistema é algo possível, permitindo o desenvolvimento da referência e contra-referência, verificou-se a continuidade do cuidado e o vínculo com a equipe de saúde, como facilitadores do processo de trabalho: *“Quando tu manda o paciente para fazer uma biópsia fora, tu encaminha e aquele paciente não é largado, ele volta para cá e a gente continua acompanhando”*. (Amarelo).

Merhy (1994) destaca que o vínculo baseia-se no estabelecimento de referências dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores, sendo que esta deve acompanhá-lo, garantindo acesso a outros níveis de assistência, assim como a contratransferência para que o vínculo continue com a equipe básica, que tem a missão de dar continuidade aos cuidados ao usuário. A equipe levanta a contra-referência como facilitador do processo no desenvolvimento de vínculo: *“Ai a gente não assumiu o pré-natal, considerando que era uma gravidez de risco. Ela fez todo o pré-natal fora com o ginecologista, mas continuou vindo aqui, vinha em todos os grupos e, depois que o nenê nasceu ele faz o acompanhamento aqui”*. (Vermelho). Desta forma, ocorre um acompanhamento paralelo da Unidade Básica com a Unidade referenciada. A especialidade médica realiza o cuidado fora da Unidade, mas o paciente mantém o vínculo com sua Unidade de referência, o que facilita a continuidade do cuidado.

O vínculo favorece os fluxos assistenciais centrados no usuário, facilitando o seu caminhar pela rede de saúde, de forma a garantir instrumentos que possibilitem uma referência segura aos diversos níveis de complexidade de atenção, com uma

contra-referência para a Unidade Básica, onde se deve dar o acompanhamento permanente da clientela, sob os cuidados da rede assistencial (MERHY et al, 2003).

O vínculo deve ser um processo que facilite o desenvolvimento das ações em saúde dentro do Programa de Saúde da Família. Franco et al (1999) dispõem sobre o vínculo, como sendo um processo de autonomização, que é o esperado como resultado na produção de cuidado, ou seja, ganhos de autonomia do usuário para viver sua vida. Este novo modo de organização da assistência à saúde se dá a partir da organização dos processos de trabalho.

Schimith; Lima (2004) relatam que o usuário, ao sentir-se acolhido, volta à Unidade à procura de receptividade e serviços resolutivos. Desta forma, ele não deve se sentir pressionado a freqüentar o serviço de saúde, e sim, deve ser orientado sobre o funcionamento do sistema. O vínculo se desenvolve a partir da confiança que o paciente deposita na equipe profissional. O relato a seguir prova a veracidade da afirmação acima, onde Vermelho diz que ao se sentir acolhido, o usuário retorna a Unidade: *“Assim que ela ganhou nenê, ela ainda estava no hospital e mandou avisar nós. Quando ela veio para casa eu fui lá dar as primeiras orientações.”* Aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede de sistema de saúde, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e dos processos de trabalho. Tomar saúde como valor é ter, como padrão de atenção, o vínculo com os usuários, garantindo os seus direitos.

O seguinte aspecto que se desenvolve é a dificuldade profissional de acolher, diante da excessiva demanda populacional. A falta de estrutura do serviço de saúde se faz presente no cotidiano dos profissionais da Unidade Básica de Saúde. Aparece a queixa da grande demanda por atendimento, diante da escassez de condições de recursos humanos frente à situação. *“A demanda é muito grande e tu conseguir acolher todos é difícil, não dá tempo para dar atenção para todo mundo que precisa, não tem gente para fazer tudo”.* (Rosa). O dado aponta aqui para a insuficiência da equipe diante da procura de atendimento e a sobrecarga, gerando dificuldades para a realização da assistência.

Ribeiro et al (2004) têm exposto as condições de trabalho em que as equipes estão imersas, destacando a falta de disponibilidade de recursos humanos, a infraestrutura material, a dinâmica da assistência e as condições sócio políticas para desenvolvimento do trabalho. Apontam para insuficiência de profissionais das

equipes; a dificuldade de encontrar profissionais, a sobrecarga de atendimento, gerando dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho. Desta forma, os autores apontam que estas questões levam a conflitos na relação entre o PSF e a população, quando as equipes não conseguem atender a demanda.

Outro fator trazido como comprometedor do aumento da demanda, diante da disponibilidade profissional, é o horário e os dias de funcionamento do Programa. O PSF funciona de segunda a sexta-feira; desta forma, o atendimento básico no final de semana ocorre dentro do serviço de maior complexidade. Quando não há acesso ao serviço de maior complexidade, o usuário aguarda o dia de funcionamento da Unidade para se cuidar, possibilitando o agravamento do seu problema de saúde: *“Segunda é pior dia porque teve o fim de semana sem a unidade. Muita coisa vem do hospital para dar continuidade no posto, mas sempre vem pior né? Ou a pessoa passou o final de semana inteiro mal, esperou até segunda para vir aqui e ai não consegue ficha. A gente acaba passando, mas tudo tem limite porque senão tu acolhe, atende, atende, acolhe e daqui um pouco explode”*. (Lilás). Além de gerar uma demanda maior para a Unidade de saúde, esta questão deixa clara a insuficiência na elaboração do programa, ao não prever o atendimento básico em período integral. Ao fazer com que as pessoas se desloquem ao hospital para a realização de uma assistência que poderia ser dada na Unidade Básica, propicia-se um descrédito à atenção primária, dificultando o processo de vínculo.

Nesta Unidade, os profissionais perceberam a necessidade de atendimento da comunidade de trabalhadores da área: *“A gente tem o horário do trabalhador, que a gente trabalha até as 20 horas uma vez por semana, para atender os trabalhadores das fábricas que largam as cinco e pouco. Se não, eles não tem como ter atendimento, porque eles começam antes do posto abrir e largam depois que posto fechou. E eles precisam de atendimento”*. (Rosa). A equipe reorganizou suas atividades para suprir o atendimento à população, que não tinha oferta de atendimento primário fora de seu período de trabalho. Percebe-se uma iniciativa para o desenvolvimento da integralidade coletiva, onde não só o indivíduo sozinho deve ser contemplado em suas necessidades, mas a coletividade pela qual o PSF está referenciado para atender.

Para Rosa; Labate (2005), a mudança no modelo de atenção, implica a necessidade de formar um novo profissional, ou seja, para uma nova estratégia, salientando que, se a formação dos profissionais não for substitutiva no aparelho

formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia-a-dia. A saúde da família trata de resgatar habilidades perdidas pela tecnologia excessiva e abusada, e não da adaptação de novos padrões de excelência. Portanto, há que se conceber um novo perfil de profissionais que atendam ao novo "chamamento" do setor.

1.6.1.2 Impregnação do antigo modelo de saúde na prática profissional

O presente item tem, como enfoque central, analisar a permanência de características do modelo médico centrado, como comprometedor dos processos de trabalho pautados pelo enfoque usuário centrado. A análise dar-se-á sob três aspectos principais, que irão se desenvolver a partir das seguintes questões: o despreparo profissional e a dificuldade diante da organização do trabalho voltado ao novo modelo, com ênfase no usuário, de forma integral; a assistência focada sob uma atenção médico centrada, bem como a ênfase nas especialidades e, o último aspecto discutirá a permanência da atenção centrada na doença, com a estigmatização de problemas de saúde.

O primeiro aspecto do item inicia analisando a dificuldade dos profissionais em lidarem com a nova concepção de assistência, formulada a partir do atendimento integral. Integralidade essa que não se aplica apenas de forma individual, mas por se tratar de um programa direcionado à família, necessita de uma atenção integral da família, como núcleo de atendimento. Essa questão é tida como uma das dificuldades profissionais, pois a formação do trabalhador da saúde é voltada para área hospitalocêntrica: *“Eu comecei em hospital. E como eu vejo diferença entre o hospital e o posto. Aqui tu acompanha tudo, lá eu só cuidava da mãe na hora do parto, aqui tu sabe a história da mãe, do pai, dos avós, do nenê, tu cuida de toda a família dentro da unidade de saúde. O trabalho é bem mais difícil tem que ter uma visão bem mais ampla de saúde”*. (Rosa).

Na proposta do Programa de Saúde da Família, o profissional deve acompanhar todo o processo de saúde e doença do usuário-família. A reestruturação do modelo de atenção modifica as concepções a respeito do ter saúde e do adoecer, os objetivos e os focos das ações e o fazer em saúde, transformando atitudes, posturas e comportamentos.

Conforme Reis e Hortale (2004), surgem dificuldades técnicas associadas a dificuldades emocionais. A angústia gerada pelas transformações e pela

necessidade de enfrentamento da nova realidade deve ser compreendida. Os sentimentos de impotência, decorrentes do confronto com algumas situações humanas, com as quais muitos dos profissionais atuantes em PSF, anteriormente protegidos pelas paredes dos hospitais, não entravam em contato, agora fazem parte de seu cotidiano.

Nesta perspectiva, os profissionais apontam a dificuldade de lidar com as questões emocionais, a falta de preparo acadêmico para trabalhar diante deste novo modelo de saúde que exige, além das técnicas, um entendimento da subjetividade humana, com o esclarecimento da real necessidade do usuário. Diante desta situação, trazem como uma necessidade percebida o apoio do trabalho de outras áreas de conhecimento para tornar a assistência resolutiva. Assim, se observa na fala de Amarelo: *“O trabalho na saúde pública requer muito mais que a técnica, muito mais que uma coisa pronta teórica. A gente tem que trabalhar as questões psicológicas que os pacientes trazem para gente, questões emocionais, sociais e como lidar com isso? Nós não tivemos isso nas nossas escolas, faculdades, lá a gente tem só a técnica. Tinha que ter uma pessoa que nos ajudasse nisso, outros profissionais com estas competências!”*

Os profissionais do PSF se graduam segundo um paradigma curativo e fragmentado de saúde, em que são valorizadas as especialidades, e não a compreensão global do ser humano e do processo de adoecer. É exigido deste profissional, um conhecimento teórico generalista não adquirido em sua formação. Diante desta situação, Reis e Hortale (2004) afirmam que há a necessidade de redirecionar a formação dos profissionais de saúde, frente às práticas de saúde contemporâneas.

O Ministério da Saúde (2003) reconhece esta dificuldade, quando diz que no Brasil o ensino das profissões de saúde ainda está baseado no modelo fragmentado, que usa a lógica da especialização na produção do trabalho. Assim, é necessário, para implementar a atenção básica, repensar este desafio.

Há a necessidade de se integrar o conhecimento voltado ao novo modelo de saúde, iniciando a reflexão sobre a formação profissional. Porém, neste estudo, há casos em que a formação profissional não está ligada à área de saúde, tornando o trabalho mais difícil de se realizar dentro da proposta do PSF. Esta dificuldade é identificada na fala de Cinza: *“Não importa se tu tem uma profissão ou não, eu fiz*

magistério, nunca fui recepcionista, nunca trabalhei na saúde e tento cumprir o cronograma, ser pontual, é isso que importa”.

Assim, há um entendimento reduzido da proposta de atendimento do programa. O cronograma fixa ações, sem possibilidades de mudanças. A saúde requer uma organização mais flexível, a partir de uma visão de atendimento acolhedor e integral. A falta de preparo profissional, frente este novo modo de fazer saúde, prejudica o bom andamento dos processos de trabalho. Malta et al (2004) afirma que é necessário a flexibilização das rotinas sobre os fluxos de usuários nos serviços de saúde, de modo a permitir o desenho de um fluxo negociado para cada pessoa.

Junto com esta dificuldade aparece, também, a organização da agenda como cronograma que drena o fluxo de usuários que chegam a Unidade Básica de saúde, onde certo número destes já estão excluídos antes de entrarem, em face a esta organização do processo de trabalho: *“A agenda tem que estar organizada senão não anda. As pessoas tiram as fichas, tem o horário marcado, são atendidas na hora. A gente tem agenda pra tudo: para os CPS, para clínico, gineco, pré-natal bebês, dentista. É só escolher! E se não tem agenda só passa para conversar com a enfermeira ou com o técnico com o número.”*(Cinza). Os que ingressam no serviço têm os caminhos pré estabelecidos a seguir. As atividades de recepção, nessa equipe, seguem um cardápio pronto de opções de encaminhamento.

Nesta situação, torna-se evidente a desintegralização da saúde do ser humano, onde se valoriza cada aspecto do indivíduo em separado, não favorecendo um atendimento integral. De acordo com Campos (2003), segundo o conceito de integralidade, as pessoas devem ser encaradas como sujeitos. A atenção deve ser totalizadora e levar em conta as dimensões biológica, psicológica e social. Este modo de entender e abordar o indivíduo baseia-se na teoria holística, integral, segundo a qual o homem é um ser indivisível, e não pode ser explicado pelos seus componentes, físico, psicológico ou social, quando considerados separadamente.

A integralidade contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. O olhar do profissional, neste sentido, deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial. Assim, seria caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos.

Os atendimentos são separados por situações de vida, como a gestação, a faixa etária, questões psíquicas, compartimentalizando, desta forma, o processo de vida do indivíduo e, também, se afastando, novamente, de uma visão integral do usuário/família, que é a proposta do programa. Outras formas de compartimentalização foram evidenciadas nas falas dos profissionais que atuam no programa: *“Seja uma pessoa de sucesso, tenha um sorriso bonito e saudável, dentes brancos e bonitos... meu trabalho é complicado porque é na boca das pessoas, ela se expressa pela boca”*. (Amarelo). Esta fala identifica bem a compartimentalização do indivíduo como corpo, onde ele se reduz a um “sorriso bonito”. Há um total afastamento da abordagem integral do usuário.

A presença de características do modelo de pronto atendimento, também, aparece na fala dos profissionais. Um exemplo disso é a utilização do critério “não tem mais ficha”, usado para negar o acesso, direcionando problemas da atenção básica à rede de atendimentos de alta complexidade: *“Tem seis fichas por que não veio mais cedo? Se não tem mais ficha, não tem mais atendimento, ai faz o encaminhamento para o hospital”*. (Lilás)

O encaminhamento do usuário para o pronto atendimento é ditado pela organização do trabalho, e não pela necessidade do mesmo. Esta conduta corresponde ao que Schmith e Lima (2004) apontam como elementos que contribuem para a cristalização do imaginário popular, no qual o pronto socorro é o local que resolve todos os problemas agudos. A rede básica tem como objetivo resolver o que é da sua competência, independente da hora de chegada do usuário.

No que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais, por um mesmo serviço. Assim, o usuário do SUS não precisa dirigir-se a unidades de saúde distintas para receber assistência curativa e preventiva; os cuidados primários devem ser absorvidos pela Unidade básica. Esta atitude mantém o vínculo com o usuário e proporciona um atendimento integral (ALVES; 2005).

A dificuldade de acesso pode ser observada, principalmente, pela fila para consulta médica, disputa pelas fichas e agenda médica sempre lotada: *“Sempre falta ficha para o médico, tem que vir bem cedo para conseguir ficha”*. (Rosa).

A organização do processo de trabalho da equipe de PSF mantém o sistema de fornecimento de fichas para o acesso à consulta médica. Schmith e Lima (2004) vêm ao encontro desta situação, quando afirmam que a estratégia do PSF vem

mantendo a forma excludente de atendimento, no qual a prioridade é de quem chegar primeiro. Além disso, a população está sendo desumanamente tratada, tendo que enfrentar fila na madrugada. Este deveria ser o ponto mais importante a ser alterado pela reorganização dos processos de trabalho dentro do serviço de PSF.

O segundo aspecto deste item trata da permanência da visão médico centrada, bem como a ênfase nas especializações médicas. A primeira dificuldade desvendada dentro dessa discussão é o fato da credibilidade do atendimento só ocorrer quando este é realizado pelo profissional médico. Caso contrário, o usuário deixa de creditar resolubilidade no serviço, demonstrando a sua insatisfação com o atendimento. Tem-se, como exemplo, o seguinte relato: *“Alguém vem aqui e quer uma ficha, não tem mais ficha, então passa pela enfermeira. Vem para mim, eu escuto ele, examino, eu oriento tudo para ele. Ele sai indignado porque ele queria uma consulta médica, então quer dizer que para ele não foi resolutivo, o acolhimento não valeu!”* (Vermelho).

De acordo com Schmith e Lima (2004), a demanda única para o médico de atendimento clínico contribui para a falta de acesso e para a vinculação do usuário a um único membro da equipe, o que caracteriza um modelo médico hegemônico, consequência da organização do processo de trabalho, que direciona a demanda clínica para o médico na unidade básica.

O fato de mudar o modelo não significa que a comunidade tenha abandonado a cultura do trabalho centrado e estruturado pelos atos e saberes médicos, direcionando, assim, a sua necessidade de atenção a este profissional. Formou-se uma cultura centrada no atendimento médico, e para mudar esta estrutura não basta apenas implantar um novo programa, tem que mudar a visão da população a ser atendida, e isso ainda precisa ocorrer. O profissional da equipe traduz bem esta situação ao dizer: *“A demanda não está preparada para esse novo modelo. Essa demanda quer uma triagem e uma consulta médica”*. (Azul).

Schmith e Lima (2004), também, verificaram que a realidade da população brasileira ainda é o atendimento centrado no médico, e a manutenção das filas para garantia de acesso. Isso possibilita ao autor afirmar a necessidade de abrir espaços para novas formas de organização no processo de trabalho. Merhy et al (2003) assinalam que os fundamentos do modelo médico hegemônico é determinado pelo seguinte: expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais, e o estímulo à especialização médica.

O fato é que, mesmo incorporando novas práticas preventivas de assistência à saúde, voltado para a comunidade e propondo trabalho em equipes multiprofissionais, o processo de trabalho da equipe continua centrado no médico e nas suas tecnologias próprias, como pode ser visto no seguinte relato: *“Quais as consultas que o doutor faz? Clínico, gineco, pré natal, pediatria, puericultura. Faz até terapia. Eles só vem para conversar e tem que ser com o médico, caso contrário, a gente ouve reclamações”*. (Vermelho). Desta forma, a vida social se organiza de forma a submeter-se apenas às terapias médicas; a reivindicação de um tratamento e consulta médica se transformou em um dever social.

O médico se torna a referência de atendimento da população. Merhy et al (2003) dizem que, diferentemente do processo de trabalho centrado no médico, onde é este que estabelece e comanda demandas a partir de seu próprio conhecimento, o PSF propõe que a população adscrita ao programa passe a ser referenciada a uma equipe de conhecimentos multiprofissionais, e esta passa a cuidar destes usuários.

Illich (1975) diz que o impacto do ato médico sobre a saúde global aparece em terceiro lugar nas mudanças de estruturas de morbidade mundiais. A primeira determinante das condições globais de saúde é a alimentação, condições de alimentação e trabalho e a segunda aparece como sendo o saneamento básico. Além disso, o autor traz o conceito de iatrogênese social como sendo o efeito social não desejado e danoso do impacto social da medicina, mais do que sua ação técnica direta. Ou seja, é uma penosa desarmonia entre o indivíduo situado dentro de seu grupo e o meio social e físico, que tende a se organizar sem ele, através do ato médico. Isso resulta em perda de autonomia na ação e no controle do meio.

Nota-se que esta tendência de atendimento centrado no médico está presente, não apenas na cultura da comunidade, como também no imaginário do próprio profissional, que se reflete na organização dos processos de trabalho. A fala do profissional médico enfatiza essa realidade: *“A unidade e seus componentes refletem em mim e eu reflito na comunidade através da equipe entende? A unidade é o reflexo da comunidade e eu da equipe”*. (Azul). Esta fala é a explicação de um desenho, onde aparece a comunidade em uma ponta, o médico no meio e os demais profissionais da equipe em outra ponta. Setas saem do médico em direção à equipe e em direção à comunidade. Ou seja, o profissional se coloca como centro de

atenção em saúde, sendo que dele saem as funções da equipe, e a partir das suas ações, se comporta a comunidade.

De acordo com Merhy (1994), o sistema de saúde está centrado no conhecimento especializado, equipamentos, máquinas e fármacos, seguindo a trilha do extraordinário desenvolvimento tecnológico nestas áreas.

A procura e a crença na especialidade médica se fazem presente na seguinte fala: *“Eles querem gineco, querem traumato, eles querem especialistas. Aí, às vezes para diminuir a fila eu vejo se precisa o que eles querem, encaminho e deu”*. (Vermelho). A população procura os serviços em busca de atendimento especializado, a partir de sua própria percepção de necessidades. A partir de um sinal e sintoma, elege um suposto especialista que possa resolver o problema. O resultado desse comportamento vai contra qualquer tentativa de assistência integral.

Porém, não é só a população que destina confiança na especialidade; os profissionais, também, desvalorizam-se diante desta categoria de especialidades: *“Não tem pediatra, não tem gineco e vocês dizem que tem profissionais altamente qualificados”?* (Preto).

A assistência à saúde confunde-se com a extraordinária produção de consultas especializadas e exames, associada à crescente medicalização da sociedade. Nem sempre este processo produtivo acarreta ganhos de autonomia no modo de o usuário zelar por sua vida, que é o que entendemos como saúde, em última instância, pois aquele processo de produção de atos de saúde pode, simplesmente, ser procedimento centrado e não usuário centrado. Estas ações, ao longo do tempo, substituíram as ações relacionais, que poderiam estar centradas, por exemplo, na ação acolhedora e no vínculo com o usuário, comprometidos com a busca do cuidado à saúde (MERHY et al 2003).

A idéia de que níveis de complexidade estejam relacionados diretamente, com menor ou maior grau de especialização, leva à idéia de que a atenção primária à saúde apresenta menor grau de dificuldade, ou exige menor grau de conhecimento ou habilitação. Isso é um equívoco, pois o nível de complexidade mais básico do sistema está relacionado com a necessidade de conhecimentos mais abrangentes, enquanto os níveis secundário e terciário são mais específicos ou parcelados/especializados, e usam intensivamente procedimentos baseados em aparelhos e exames. No nível primário, são utilizadas intervenções com enfoque preventivo, comunitário e coletivo, destinadas a atender aos problemas mais comuns

da população. Por envolverem determinação múltipla, necessitam de um conhecimento muito diversificado da parte dos profissionais pois, nesse nível, trabalha-se segundo a lógica da multicausalidade (CAMPOS, 2003).

O último aspecto a ser discutido neste item se relaciona com a permanência do enfoque do cuidado ser centrado na doença. A noção de saúde passou de mera ausência de doença para a noção de bem estar físico e mental, e daí para um conceito mais amplo, que inclui uma adequação de vida social. Para isso, a proposta do programa é baseada em ações preventivas, de promoção à saúde; porém, a população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimento e angústia: *“Aqui é a fila de paciente tudo doente”*. (Laranja). Existe, ainda, uma cultura impregnada que valoriza a doença e minimiza a manutenção de saúde e prevenção de doença. O papel do doente veio identificar-se, quase totalmente com o papel do paciente. O doente tornou-se alguém de quem, aos poucos, retira-se toda a responsabilidade sobre sua saúde/doença. Ele não é considerado pelo fato de ter caído doente, nem capaz de recobrar a saúde por si mesmo (ILLICH, 1975).

A centralidade na doença é acompanhada pela medicalização: *“Eles querem o médico e o remédio, o resto não interessa”*. (Lilás). Em conformidade com o princípio da integralidade, a abordagem do profissional de saúde não deve se restringir à assistência curativa, buscando dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, a execução de ações preventivas, a exemplo da educação para a saúde.

Gomes e Pinheiro (2005) prevêm nesse conceito que, de forma articulada, sejam ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação – segundo a dinâmica do processo saúde-doença. Indivíduos e coletividades devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano. Esse princípio, portanto, inclui as possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos.

Porém, mesmo ao desenvolver práticas de prevenção, a doença aparece como centro das atividades dentro do programa; os grupos de prevenção existem, mas ainda assim são denominados de forma a estigmatizar os pacientes como doentes: *“A gente participa das caminhadas, dos grupos de hipertensos e diabéticos”*. (Verde).

A equipe se baseia no desenvolvimento de suas atividades através das doenças: *“PSF é uma coisa boa porque tu consegue acompanhar bem e prevenir*

complicações de quem tem alguma doença crônica". (Rosa). A estigmatização da doença mantém-se tão presente quanto a despersonalização do paciente onde, devido às circunstâncias do programa (cadastramento de famílias por endereço), a identificação do usuário é realizada através de números, endereços, de forma a despersonalizar o indivíduo e sua história: *"Sabe aquela família? Os gêmeos, mãe adolescente, gravidez de risco, gemelar. Rua João Miguel da Silva, 103"*. (Vermelho).

Em todas as sociedades, as pessoas de atitudes ou comportamentos diferentes, hoje denominados sinais e sintomas, constituem uma ameaça à saúde, enquanto seus traços singulares não são considerados de maneira formal. Ao atribuir-se um nome e um papel a estas anormalidades que atemorizam, estas pessoas se transformam em membros de uma categoria formalmente conhecida (ILLICH, 1975).

Os profissionais de saúde detêm um vasto conhecimento sobre as doenças e os sofrimentos por elas causados, bem como sobre um certo número de ações capazes de interferir, em algum grau, o processo saúde-doença. É esse conhecimento que permite aos profissionais atuarem diante de um sofrimento assistencial. Mas, na perspectiva da integralidade, não se deve reduzir um sujeito à doença que lhe provoca sofrimento. Ao contrário, manter a perspectiva da intersubjetividade significa que deve-se levar em conta, além dos conhecimentos sobre as doenças, o conhecimento sobre a forma de levar a vida daqueles com quem se interage nos serviços de saúde. Isso implica a tentativa de construção de um sujeito integral (Mattos, 2003).

É necessário um conteúdo novo, substantivo, que penetre de forma aguda nos valores e comportamentos presentes nos profissionais da saúde, especialmente do médico. Portanto, para se constituir um novo modelo assistencial, é necessário uma nova subjetividade entre os trabalhadores, que perpassse seu arsenal técnico, utilizado na produção de saúde (MERHY et al, 2003).

Na tentativa de aplicar este novo modelo de assistência, que perpassse as dificuldades dos processos de trabalho, é preciso desmitificar os sujeitos que se colocam como protagonistas do novo modelo de assistência. É necessário associar tanto novos conhecimentos, novas configurações técnicas e subjetivas de trabalho, como uma nova ética que o conduza. E isto passa, também, pela construção de

novos valores, uma cultura e comportamento pautado pela humanização, cidadania e saúde.

1.6.1.3 Responsabilidade, de quem?

O PSF se insere no sistema de saúde, com a proposta de mudança de modelo assistencial, através da adscrição da população e da responsabilização de uma equipe de saúde para com esses indivíduos. Este item analisa o limite desta responsabilização. Ou seja, até que ponto a equipe de profissionais é responsável pela saúde dos usuários do programa.

A autonomia é algo que se espera diante da proposta do PSF. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais, quanto pacientes. Schimith e Lima (2004) enfatizam a necessidade de reconhecer o usuário na condição de sujeito, que fala julga e deseja. Esta caminhada para a construção de sujeitos autônomos, dentro do processo de trabalho, de certa forma está se dando dentro da Unidade estudada. Há a percepção de alguns profissionais sobre esta necessidade; a fala de Rosa traduz este dado: *“A facilidade é que tu já conhece tudo deles, já sabe o que eles precisam. Mas o segredo é tu ensinar eles a caminhar com as próprias pernas, ter vínculo com responsabilidade”*. O papel do profissional de saúde é aliar-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la. É ensinar, educar e mostrar os caminhos para a saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

A introdução da responsabilidade sobre o controle da saúde dos indivíduos confiada à equipe de PSF, que se diferencia de outras Unidades Básicas por esta ação, pode ser identificada na seguinte frase: *“A diferença daqui do PSF para os outros postos é que nos outros, o problema não é meu, aqui é, eu tenho que resolver. Nos outros ninguém tá nem aí e aqui a gente tá sempre indo atrás, sempre procurando saber o que está acontecendo. No postinho não tem esse comprometimento todo”*. (Vermelho).

A profissional direciona o problema da população para ela, como se a responsabilidade de resolução fosse dela. Afasta-se a possibilidade da ação do usuário sobre o seu estado de saúde/doença. Há a apropriação das questões de saúde dos usuários pela equipe, enfraquecendo a possibilidade destes indivíduos se tornarem sujeitos ativos dentro do seu processo de saúde. O Ministério da Saúde

(2003) promove um discurso onde preconiza, dentro das ações de saúde, a ampliação da autonomia do sujeito.

De acordo com o Ministério da Saúde (2003), o PSF é uma estratégia que visa a proposta de trabalhar com o princípio da vigilância em saúde, reponsabilizando-se pela integralidade das ações na área de abrangência, ou seja, cada equipe deve responder por uma população adscrita. É importante citar Schmith e Lima (2004), quando descrevem o estabelecimento deste compromisso com a saúde da população, que se dá através dos laços de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

Porém, a responsabilização profissional se dá, em alguns momentos, por atitudes que deveriam partir da população, o que impede o crescimento e o aprendizado individual e coletivo da comunidade, diante das possibilidades de saúde. Na frase seguinte, observa-se o sufocamento da paciente diante da atitude da equipe em querer cuidar, a todo custo, dela, sem permitir que reflita sobre as suas responsabilidades e necessidades diante da sua situação de saúde: *“Eu já me ofereci, deixa que vou lá busco os nenês contigo e trago eles para a consulta, porque a gente se preocupa com os bebês. E ela não quer que nós vá buscar os nenês porque ela acha que é função dela”*. (Vermelho). A equipe de saúde tem a responsabilidade de garantir que a comunidade de usuários se coloque como atores do sistema de saúde, por meio de sua ação; desta forma, os profissionais devem participar como co-gestores do processo de trabalho.

O fato da equipe de profissionais do programa se responsabilizar por ações que devem partir da necessidade comunitária transforma o trabalho em algo sem prazer. Durante a coleta de dados, relatou-se a saída de dois profissionais da equipe, justificada pela “responsabilidade em excesso”: *“Quando comecei no PSF aprendi que tu tem responsabilidade sobre a tua área, tem que resolver os problemas da tua área, ter vínculo com os pacientes. Então, hoje eu sei o nome, o endereço, a idade, a história deles. Comecei dar muita atenção, visitar, dar uma superproteção, resolvia todos os problemas e não ensinei eles caminharem com as próprias pernas e isso tá refletindo em mim. Hoje eu estou pedindo para sair da Unidade porque eu não durmo mais. O doutor também vai sair”*. (Vermelho). O choro que acompanhou este relato demonstra a dificuldade de enfrentamento de tal situação, o quão pesado se tornou o trabalho, bem como o estresse por ele gerado. Traduz-se, deste fato, a dificuldade profissional em lidar com os limites do trabalho.

Observa-se que a situação, na relação trabalhador-usuário, demanda um certo gasto de energia e adaptação, como o contato direto com a realidade e sofrimento do próximo, elementos próprios do tipo de trabalho, como uma certa identificação e os laços afetivos que, muitas vezes, se estabelecem entre o profissional e o usuário. Essas situações, somadas às características individuais de cada trabalhador, podem desencadear o processo de estresse, levando até a solicitação de afastamento do trabalho, como está ocorrendo na Unidade estudada.

O fato do PSF caracterizar-se pela responsabilização da equipe para com as famílias de sua área traz um problema: o estabelecimento dos limites da relação com o usuário. Nesta dimensão, enfatiza-se que o cuidador é um facilitador do processo de saúde da comunidade; porém, cada usuário deve ser o sujeito ativo dentro desse processo.

Assim, fica claro que não só as ações profissionais, mediante o controle da população, são importantes para a melhoria em saúde, mas, também, a apropriação do usuário sobre seu estado de saúde é fundamental na construção da autonomia do sujeito. Ele deve ser capaz de decidir sobre as ações que pretende assumir diante de sua saúde. Na fala de Vermelho observa-se a dificuldade do indivíduo em realizar suas escolhas: *“Nós corremos atrás, as agentes de saúde correm, nos ligamos, até buscar em casa eu já fui. A ficha dela tem muito mais de cinco carimbos vermelhos de não comparecimento, mas a gente busca ela, ela tem que vir nas consultas”*. O trabalho em saúde envolve escolhas e, como tal, estrutura-se na esfera de valores, que não se manifesta de forma mensurável. Aceitar, mudar e discutir valores sociais são formas de entender e respeitar a decisão do indivíduo, em querer ou não, comparecer em consultas, diferentemente da situação citada no relato acima.

Outra questão levantada é a falta de opção do usuário em revelar as suas questões de saúde: *“Eu já tava desconfiada há um tempo que ela tava grávida, mas ela não contava e um dia cheguei lá e intimei porque ela tem fazer o pré-natal. Só aí ela falou: não conta para ninguém, mas eu to grávida”*. (Laranja). Questiona-se aqui até que ponto a equipe pode interferir na opção do usuário em revelar suas condições de saúde. A importância de realizar o pré-natal, como no exemplo, deve ser algo acreditado pelo usuário e não obrigado pela equipe. A necessidade não consiste em intimar para o pré-natal e sim, em trabalhar com os valores de saúde do indivíduo, entendê-los e discuti-los. Obrigar a ter cuidado, não é promover saúde.

Illich (1975) vem ao encontro da situação, quando diz que o resultado global da superexpansão da empresa médica é frustrar os indivíduos e os grupos primários do poder de dominar seus corpos e seu meio. Essa perda de autonomia é, ainda, reforçada por um preconceito político. A política de saúde, como é quase sempre entendida, coloca sistematicamente a melhoria dos cuidados médicos antes dos fatores que permitem exercitar e melhorar a capacidade individual de cada um em assumi-la. Em vez de designar a participação na ordem social e a possibilidade de atuar nela, a palavra saúde passou a significar a capacidade de suportar uma ordem imposta pela lógica do sistema médico.

Outra situação identificada na fala insiste na possibilidade de ações coercivas para garantir a adesão do usuário ao Programa. Diante disso, Zoboli e Fortes (2004) colocam que a proximidade na relação levanta questionamentos quanto à interferência da equipe no estilo de vida das famílias ou dos usuários, ou seja, em que medida os profissionais podem ser coercitivos, com vista a conseguir a adesão às terapêuticas propostas e mudanças no estilo de vida. Os usuários devem ter acesso às informações esclarecedoras pertinentes, recebendo orientações ou sendo persuadidos à mudança de estilos de vida não saudáveis. A persuasão é eticamente defensável, porém a coerção não. Da mesma forma, o paternalismo, mesmo requerendo ações de caráter beneficente, é contrário à promoção da autonomia e cidadania das pessoas.

O Ministério da Saúde (2003) entende que as práticas de educação para a saúde pretendem contribuir para a formação da consciência sanitária do indivíduo, objetivando manter a harmonia e uma relação saudável dele com seu meio externo. É necessário a elaboração de estratégias que procurem promover a participação visando ao aumento do controle sobre a vida por parte do indivíduo, e melhor qualidade da mesma. Espera-se, como resultado, o aumento da capacidade dos indivíduos definirem, analisarem e atuarem sobre os seus próprios problemas. Mais do que repassar informações e induzir determinados comportamentos, esta estratégia sugere que as pessoas e coletivos sejam apoiados no processo de reflexão sobre os problemas postos pela vida, procurando contribuir para a tomada de decisões, o desenvolvimento da consciência crítica e o aumento da capacidade de intervenção sobre a realidade.

A fala de um dos profissionais do Programa traz este processo de reflexão crítica do trabalho com os usuários: *“Tu dá várias orientações de higiene para o cara*

e ele sempre volta com dentes sujos, não é assim para mudar os hábitos das pessoas, é muito difícil. Para ti mexer com hábitos tu tem que mexer com toda estrutura do indivíduo. A gente trabalhar auto-estima, qualidade de vida. Às vezes, eles se dão conta, melhoram. É um processo lento, mas se tu conseguir fazer eles pensarem sobre a situação, já é um bom início". (Amarelo).

Os sujeitos devem ser estimulados para que se coloquem como atores principais de sua saúde, através de sua ação. Quando mobilizados, são capazes de mudar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo.

O trabalho de equipe deve estimular o autocuidado e o repensar sobre o estilo de vida dos indivíduos e suas famílias, assim como contribuir para que as pessoas se sintam co-responsáveis pela busca ativa da solução para os seus problemas e, tanto quanto possível, consigam compartilhar suas experiências e decisões nos grupos comunitários dos quais fazem parte (CAMELO; ANGERAMI, 2004).

O Ministério da Saúde (2004) reforça a importância do conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde. Para isso, propõe ampliar o diálogo entre profissionais e entre profissionais e população, promovendo a construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

Outro dado importante, proveniente das falas dos profissionais estudados, são as visitas domiciliares sem a solicitação do usuário; questiona-se até que ponto o profissional da equipe tem o direito de entrar no espaço domiciliar da população, sem que esta demonstre sua vontade para tal ato. O relato exemplifica tal situação: *"Sempre que uma mãe ganha nenê, eu vou até a casa junto com a agente de saúde para orientar todos os cuidados, isso é rotina, eu vou em todas as casas das mães que ganharam nenê. É assim."* (Vermelho).

Desta forma, o usuário não se sente responsabilizado em procurar a assistência para sua saúde, pois o Programa intervém antes que haja a mobilização do mesmo frente a esta responsabilidade. Além disso, diminui a liberdade de escolha do indivíduo em querer cuidar de sua saúde desta ou de outra forma. Rosa e Labate (2005) colocam que no PSF, as visitas domiciliares compulsórias indicam um problema, pois podem significar excessiva intromissão do Estado na vida das pessoas, limitando seu grau de privacidade e liberdade.

Essa intromissão citada pelas autoras ocorre, também, como forma de controle do usuário: *“E no dia da consulta quando ela não vem, eu ligo para cobrar, eu controlo, mas ela acha que tem outras coisas mais importantes para fazer do que trazer os nenês para revisão. Ela diz que ninguém sabe dos problemas dela e fica braba comigo ai demora para vir aqui”*. (Vermelho).

Além da invasão na vida do indivíduo, e da cobrança exercida sobre ele, o profissional diminui a possibilidade de criar um vínculo com o usuário. Na tentativa de controlar a saúde da população, diminui-se a possibilidade de agir sobre ela de forma positiva, desconsiderando seus motivos, valores e razões de agir na vida.

Mattos e Pinheiro (2001) realizam um exercício teórico de formulação de uma definição de integralidade como modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, em um cuidar que é mais alicerçado numa relação de compromisso, de responsabilidade e confiança. Entende-se o sujeito como ser real, que produz sua história e é responsável pelo seu devir. Respeita-se os saberes das pessoas, saberes históricos que foram silenciados e desqualificados, o que representa uma atitude de respeito que possa expressar compromisso com a integralidade.

Sujeitos têm modos de andar a vida, para usar a expressão de Canguilhem (1978), modos de andar a vida que se modificam pela ocorrência de uma doença. É claro que os modos de andar a vida não são escolhas das pessoas, mas emergem do próprio modo como a vida se produz coletivamente. O modo de andar a vida de um sujeito não pode ser compreendido como dissociado do modo como a vida anda num certo lugar, aonde ele vive. Mas, cada sujeito apresenta singularidades que se expressam no seu modo de andar a vida e estas singularidades devem ser consideradas na perspectiva de uma assistência integral.

Estas constatações sinalizam que os profissionais não percebem que a diretrizes de responsabilização dada pela proposta do PSF estão sendo compreendidas de forma errônea pela equipe. Nota-se a ambigüidade no dado que segue: *“Os pacientes querem passar a responsabilidade deles para nós, fica difícil, mas a gente faz de tudo, até vai levar os pacientes para Porto Alegre, quando têm consultas lá”*. (Vermelho).

Os pacientes não estão passando a responsabilidade, como refere a profissional. O que ocorre é que a equipe não permite que o usuário desenvolva atividades que são da sua competência, deixando-o cada vez mais impotente diante das suas possibilidades de ações. A equipe gera a referência, mas levar o paciente

até ela não faz parte da sua função. Desta forma, os profissionais de saúde fazem com que o usuário não se comprometa com as ações a serem assumidas pela sua saúde, além de comprometer o bom funcionamento da equipe.

As diretrizes do Programa se desenvolvem de forma a estimular os usuários a agirem como autores do seu processo de saúde, buscando as suas alternativas. Porém, há algumas dificuldades dos profissionais em compreenderem esta necessidade de autonomização do indivíduo para a criação de sujeitos capazes. Diante das dificuldades, uma fala aparece como um desabafo do profissional e percebe-se que está se iniciando a percepção desta falha na ação da equipe sobre a necessidade de mudar o modo de agir com os usuários: *“A gente deveria fazer com que eles caminhassem com as próprias pernas. Porque a gente acaba fazendo coisas que não são da nossa competência, cansa e eles não crescem!”* (Azul). E, em seguida outro membro da equipe complementa: *“É verdade, as pessoas que tem correr atrás, elas é que são interessadas na saúde delas”*. (Rosa).

Assim, através da análise deste item, levantou-se a dificuldade dos profissionais em lidarem com a saúde dos usuários sem se apropriar dela. Constatou-se uma desapropriação das responsabilidades e comprometimentos dos usuários para com as suas necessidades, dentro do seu processo de saúde/doença. Porém, observou-se, também, que os profissionais estão criando uma maior percepção da necessidade de responsabilizar a população pela apropriação das suas questões de saúde, a fim de tornar a equipe um agente facilitador deste processo, e os usuários, sujeitos ativos, que consigam “caminhar com as próprias pernas”.

1.6.2 Questões da equipe de saúde

O Ministério da Saúde propõe a estruturação de equipes multiprofissionais, às quais se adscvem um dado número de usuários. Cada uma dessas equipes deve se responsabilizar por um conjunto de problemas muito bem delimitados, com planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los. (CAMELO; ANGERAMI, 2004)

Diante disso, a presente unidade temática tem, como enfoque central, a discussão relacionada ao trabalho da equipe dentro do Programa de Saúde da Família. Serão levantadas duas questões centrais: a formação da equipe e as dificuldades de se estabelecer um trabalho multidisciplinar, conforme preconiza as

diretrizes do programa; e a falta de valorização profissional como causa de desmotivação para o trabalho em equipe.

1.6.2.1 *O caminho para a multidisciplinaridade*

Neste item descrever-se-á sobre a discussão de dois aspectos: a distinção das funções profissionais como aprisionamento de cada membro da equipe em seu núcleo de saber específico, e as iniciativas de mudanças diante da visão multidisciplinar.

A partir de então, trabalhar-se-á com a análise do primeiro aspecto do item, que vai discutir sobre as delimitações das funções de cada membro da equipe em seu saber técnico. Conforme Ribeiro et al (2004) as equipes de saúde da família, formadas basicamente pelo médico generalista ou de família, enfermeiro, dois a três técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, têm como objetivo central a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, às necessidades de saúde da população adscrita. Para atingir tal objetivo, requer-se uma abordagem multidisciplinar, com planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, além do compartilhamento do processo decisório entre a equipe. Diante desta proposta, este item irá abordar como os profissionais se comportam frente à construção de um modelo voltado para o trabalho multidisciplinar.

Para iniciar a análise deste aspecto, cita-se o exemplo de uma dinâmica proposta para coleta de dados do estudo, onde solicitou-se que os participantes representassem seu trabalho de equipe. Todos se organizaram de forma individual e uma das participantes criou um elo de papel e justificou sua criação através do seguinte relato: *“Eu fiz uma corrente, dividi minha folha numa corrente. Pinteí cada elo de uma cor porque cada pessoa tem uma cor diferente, uma função diferente, cada um desempenha a sua função e a união delas é o nosso trabalho”*. (Amarelo). Com o andamento das discussões durante esta dinâmica, o trabalho foi finalizado com a apresentação daquela Unidade de Saúde, através do funcionamento de um serviço estruturado com base na compartimentalização das funções individuais de cada profissional pertencente à equipe.

A partir desta forma de organização do grupo para o desenvolvimento da dinâmica proposta e da fala da profissional, constata-se que há um aprisionamento de cada membro da equipe em seu núcleo de saber específico. Os profissionais

mantém-se envolvidos às características de compartimentalização, sem a execução de tarefas coletivas. Merhy et al (2003) remetem tal atitude às estruturas rígidas do conhecimento técnico estruturado, o que gera a estagnação dos profissionais em seus processos de trabalho.

Esta rigidez no conhecimento teórico apresenta-se bem exemplificada na seguinte fala, que se remete à apresentação do trabalho da equipe estudada: *“Tem os técnicos de enfermagem que fazem curativo, vacina e, visitas domiciliares. A enfermeira faz CPS e planejamento familiar. O doutor faz consultas gerais, de ginecologia, puericultura, pré-natal, grupos. A dentista além de toda a parte de dentista também faz grupos”*. (Verde). Observa-se que o trabalho desta equipe não se dá de forma conjugada, caracterizando-se por um objetivo comum e, sim, de forma compartimentada, onde cada profissional trabalha isolado dentro da sua responsabilidade técnica, restrito na sua função.

O trabalho compartimentado, onde cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes, duplica esforços e até toma atitudes contraditórias. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional; no entanto, encontram dificuldades no âmbito do trabalho coletivo institucional (RIBEIRO et al, 2004).

Merhy (1994) ainda coloca que a sinergia das diversas competências, pré-requisito para o desafio da equipe, fica desestimulada pelo detalhamento das funções de cada profissional. Trabalhar com este limite e com a necessidade de inventar abordagens para cada caso exige um luto da onipotência de cada profissional. Para que seja possível o trabalho em equipe, devem somar-se as competências e a criatividade de cada membro da equipe.

O PSF, como uma nova organização da assistência, requer a quebra da costumeira divisão do processo de trabalho em saúde segundo recortes verticais, compondo segmentos estanques por categorias profissionais. Além disso, propõe que a equipe de saúde seja referência para os usuários. Na construção de uma dinâmica, percebe-se a dificuldade da equipe referenciar-se como um todo: os profissionais demonstraram seu relacionamento com usuários de forma uniprofissional. Ou seja, cada um deles foi apresentado (através da técnica com argila) relacionando-se sozinho com cada indivíduo da família. O médico que atende o pai, a enfermeira que faz o preventivo de colo uterino na mulher e o técnico que

faz a vacina no bebê. Nota-se a dificuldade de acompanhamento conjunto da equipe com uma única finalidade, a fim de se caracterizar uma equipe multiprofissional como um todo, responsável por dada população.

Porém, em outro momento, a necessidade desta responsabilidade conjunta da equipe é verbalizada por um profissional que entende que este tipo de ação reflete sobre os usuários: *“Tem que ter responsabilidade de equipe, ter comprometimento junto. A responsabilidade da equipe com a própria equipe, isso reflete nos usuários”*. (Vermelho).

O Ministério da Saúde (2004) preconiza que a fragmentação e verticalização dos processos de trabalho afastam as relações entre os diferentes profissionais de saúde, e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes na prática de atenção, fica fragilizado.

Nesta transição de mudança do trabalho profissional estanque em sua função técnica para o modelo de trabalho de equipe com um objetivo comum, aglutina dificuldades para os profissionais estabelecerem suas funções: *“Que eu saiba eu sou só enfermeira, tu que tá dizendo que eu sou assistente social, olha a plaquinha na minha porta: enfermeira. Tu que faz o papel de dentista e psicóloga ao mesmo tempo”*. (Vermelho). Nota-se que nas relações da equipe vem à tona as dificuldades crescentes de se delimitar os papéis e funções de cada membro da equipe de saúde, em decorrência da incorporação de novos profissionais, e das inovações nas propostas assistenciais. Com relação a esta questão, Zoboli e Fortes (2004) entendem que, para fazer frente a isso, os profissionais têm de definir suas atribuições e responsabilidades mutuamente, discutindo as questões de qualificação e competência de maneira conjunta, e não cada profissão separadamente.

Outro fator constatado nas falas diz respeito à percepção do indivíduo como parte da equipe, como facilitador para o funcionamento dela: *“Eu acho que a gente é um pombo correio, o nosso trabalho é leva e traz, leva e traz, pega da população e traz para equipe, ajuda eles né?”* (Marrom). Desta forma, sem se sentir pertencente à equipe, o funcionário não assume a responsabilização para com esta equipe, o que dificulta o processo de trabalho conjunto.

O Ministério da Saúde (2004) teoriza sobre as dificuldades impostas por tal situação: o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, diminui a possibilidade

de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades. Há poucos dispositivos de fomento à co-gestão, à valorização e à inclusão dos trabalhadores no processo de produção de saúde, com forte desrespeito para com eles. Os trabalhadores devem ter melhores condições de efetuarem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações, podendo participar como co-gestores de seu processo de trabalho.

A partir de então, inicia-se a discussão do segundo aspecto do item que irá demonstrar de que forma os profissionais da equipe estão caminhando para atingir a concretização do trabalho multidisciplinar.

Apesar das dificuldades trazidas nas falas analisadas sobre a formação de uma equipe multidisciplinar, que troque seus saberes sem compartimentá-los, alguns profissionais demonstram esta visão e contribuem para um caminhar multidisciplinar: *“É uma troca, trabalho de equipe é bem isso, troca entre nos, troca de conhecimentos para conseguir alcançar um objetivo comum”*. (Amarelo). Assim, o trabalho em equipe se realiza como algo integrado, valorizando a participação de todos na produção do conhecimento e construindo consensos quanto aos objetivos a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como a maneira mais adequada para atingi-los.

Verifica-se que a reunião de equipe aparece como dispositivo importante na formação do trabalho multidisciplinar. A ambigüidade dos relatos, frente a este momento da equipe, revela que ainda é necessário um amadurecimento dos profissionais para a concretização da multidisciplinaridade. Nesta perspectiva, um profissional relata o seguinte: *“A gente conversa na reunião de equipe, mas é pouco tempo porque a gente passa tentando resolver os problemas dos outros e não conversa sobre o nosso trabalho”*. (Rosa). Pela fala, constata-se que além da falta de preparo profissional, o tempo para o preparo da equipe durante a reunião é destinado para resolver problemas dos usuários, e não para a capacitação dos profissionais do programa, o que seria importante para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade. Momentos de reciclagem profissional são fundamentais para um adequado funcionamento da equipe.

Porém, em outra situação, a reunião de equipe é indicada como o momento destinado para esta troca de saberes: *“Cada um que chega na reunião fala, coloca o caso e seu conhecimento sobre ele, tem espaço para isso. Toda equipe sabe o que está ocorrendo. Aí a gente decide junto como resolver a situação”*. (Lilás). Nesta fala,

entende-se que há um tempo do trabalho destinado à possibilidade da realização de um encontro multidisciplinar, que integra a diversidade dos conhecimentos profissionais. Um trabalho que possibilita integração do potencial do trabalhador com vista a superar o modelo compartimentado de realização das ações em saúde. Entende-se que este momento de encontro deve ser destinado a troca de saberes, diálogo entre profissionais sobre o modo de trabalhar em equipe, não se referindo a um conjunto de pessoas reunidas eventualmente para resolver um problema, mas a produção de uma grupalidade que sustente construções coletivas e que suponha mudança pelos encontros entre seus componentes. Tendo a integralidade como princípio fundamental para a trabalho dentro do PSF, Gomes e Pinheiro (2005) acreditam que sua visibilidade se traduz na resolubilidade da equipe e dos serviços, por meio de discussões permanentes, capacitação da equipe, e reorganização dos serviços.

Ribeiro et al (2004) vêem ao encontro desta necessidade, quando dizem que o trabalho em equipe é o trabalho que se compartilha, negociando-se as distintas necessidades de decisões técnicas, uma vez que seus saberes operantes particulares levam a bases distintas de julgamentos e de tomada de decisões quanto a assistência ou cuidados a se prestar.

1.6.2.2 *Desvalorização profissional como motivo de desmotivação*

Neste item, discutir-se-á a desvalorização profissional como forma de desmotivar o trabalho em equipe. Esta desvalorização se estabelece em dois sentidos: por parte da gestão e dentro da equipe de saúde.

A desvalorização profissional por parte da gestão é verbalizada na fala de Amarelo: *“Às vezes, tu fica frustrado e isso não tem nada a ver com o salário, o salário não desmotiva. Os maiores desgostos não vem do salário. Desmotivação vem do ambiente de trabalho, das relações interpessoais, da falta de reconhecimento por superiores. As frustrações são estas: o pessoal circulando, trocando muito de unidades, os agentes comunitários mudam muito conforme o governo, as questões contratuais desvalorizam e trancam o trabalho e é claro que quem é contratado é muito pior porque a falta de estabilidade é muito ruim”*.

As condições de trabalho apontadas produzem insatisfação, estresse, conflitos, sentimentos de medo, insegurança, baixa auto-estima, dificultando, assim,

as iniciativas para mudar as condições vigentes e garantir a possibilidade de ofertar uma atenção adequada.

Um dos principais motivos para o PSF apresentar transformações positivas e significativas na reorganização da atenção básica, segundo Pinheiro (2001), está no fato de o programa buscar, em seus objetivos, a centralidade de suas ações na integralidade da atenção e do cuidado à família. Para tanto, privilegiou-se a equipe de profissionais como importante elemento para a materialização dessas metas e objetivos, para os quais foram criados mecanismos de fomento e incentivo à realização de atividades voltadas para capacitação e remuneração dos integrantes da equipe. Tais atividades consistem em propiciar condições favoráveis ao estabelecimento de um novo patamar de relação entre profissionais, de modo a garantir o princípio da integralidade. Nesse sentido, a integralidade pode ser entendida como uma ação resultante da interação democrática entre atores, no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema (PINHEIRO, 2001).

Merhy et al (2003) também trazem a questão de que o PSF trabalha com a idéia de que altos salários garantem bons atendimentos. Porém, sem desconsiderar a importância da remuneração satisfatória dos profissionais de saúde, é um equívoco pensar que isso por si só, como muitas vezes esta diretriz tem sido assimilada, garante um bom atendimento, com o compromisso dos profissionais na resolução dos problemas de saúde dos usuários. O modo de trabalho está mais ligado a uma nova concepção de agir em saúde e a construção de uma nova subjetividade. A nova relação tem que se dar entre os sujeitos da equipe.

Outro fator que contribui para o desmantelamento do PSF é de ordem política, pois a cada troca de gestor municipal, trocam-se alguns membros da equipe, o que impossibilita o estabelecimento de vínculos, prejudica a relação da equipe e tranca o avanço das ações em saúde. Nesse sentido, também, há uma desconsideração com a comunidade local como foco de atenção, bem como a desvalorização do trabalho profissional.

A instabilidade profissional, relatada pelo membro da equipe, é explicada por Ribeiro et al (2004) como uma forma de racionalização de custos, que gera a precarização do trabalho, através da contratação de trabalhadores sem qualquer estabilidade profissional, como é o caso dos agentes comunitários de saúde.

Costa et al (2000), têm exposto as condições de trabalho em que as equipes estão imersas, destacando as dificuldades referentes à disponibilidade de recursos humanos, as formas de contrato e a dinâmica da assistência para o desenvolvimento do trabalho. Assim, os autores citados apontam, entre outros, aspectos para as várias modalidades de contrato de trabalho; os diferentes estilos de gestão das equipes de saúde da família, configurando relações, ora aproximativas, ora conflituosas; expectativas contraditórias e conflitos das equipes de saúde da família com os poderes locais.

A desvalorização não parte apenas dos gestores, ocorre por parte da própria equipe: *“Tu está nos dando parabéns? Meu Deus, mas que milagre ouvir um elogio!”* (Roxo). Portanto, a iniciativa de valorizar os profissionais dentro da própria equipe, por vezes, passa despercebida, o que enfraquece a motivação para o trabalho multidisciplinar.

“O que eu estou sentindo nos últimos dias é isso: eu não faço mais parte da equipe. É o momento que eu achei para desabafar. Eu vim para cá com muita garra, vontade e hoje eu não me sinto mais como parte da equipe por falta de satisfação, de reconhecimento das coisas que a gente faz. Por isso eu pedi para sair. E eu acho que eu devo ficar no balde de roupa suja. A gente faz muita coisa e não é valorizada”. (Vermelho). Esta profissional fez seu relato como desabafo durante um encontro. Ela solicitou sua saída do PSF, no qual trabalhava desde sua implantação. O principal motivo para esta atitude foi descrito como a falta de valorização. Outro profissional complementou a fala: *“É no trabalho que tu te reconhece como gente, é através do olhar do outro que tu te sente valorizado, se tu trabalha num ambiente que tu não te sente assim tu não é ninguém, vai te diminuindo e te frustrando mais”.* (Amarelo).

Camelo e Angerami (2004) teorizam esta situação, quando escrevem que no trabalho faz-se necessário que a equipe tenha maturidade, e que se proporcione crescimento pessoal e profissional, com enfrentamento das realidades, a fim de se estabelecer promoção de saúde.

O PSF situa-se numa busca de transição entre o profissional isolado, tanto na sua atuação, como no seu saber, para um trabalho em equipe que abre as vertentes do conhecimento. Nesse sentido, justifica-se a estruturação de equipes multiprofissionais, a fim de quebrar a costumeira divisão do processo de trabalho em

saúde, segundo recortes verticais, compondo segmentos estanques por categorias profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste relatório de pesquisa, é importante mencionar que o trabalho teve implicações valiosas não só na vida profissional da pesquisadora, como também na vida profissional da equipe estudada.

As atividades profissionais são desenvolvidas, em sua maioria, de forma mecanicista, sem a complementação de seu estudo, de sua avaliação. Ao iniciar uma caminhada dentro da saúde da família, a pesquisadora, sem o conhecimento profundo das propostas do Programa, percebeu a necessidade de um maior reconhecimento destas questões para um bom desenvolvimento profissional.

Ao estudar as propostas de um novo modelo de assistência, a partir do Programa de Saúde da Família, e discuti-las no seu íntimo e em sua pesquisa, a pesquisadora se apropriou de sua realidade profissional, tendo a partir de então, melhores condições de contribuir, mediante sua prática e conhecimento, para a implantação de um novo modelo de assistência.

Verificou-se que esta necessidade de reflexão sobre as ações profissionais se faz presente, também, no grupo estudado. Apenas desempenhar funções não modifica modelo de saúde; para ocorrer mudanças, o trabalho deve ser pensado, refletido e discutido entre os sujeitos destas ações. Desta forma, o estudo ao propiciar um espaço para discussão, plantou uma semente para o surgimento de melhores possibilidades de implantação do novo modelo de saúde.

Os encontros para a coleta de dados eram ricos em informações, troca de conhecimentos e, também, caracterizou-se por um momento de auto-reconhecimento da própria equipe. Percebeu-se, através deles, que existe uma caminhada na direção de um novo modelo de atenção à saúde; porém, grande parte dos processos de trabalho ainda estão impregnados por uma cultura centrada no modelo tradicional, pautado pela doença.

Ao iniciar a análise dos dados, notou-se, que para se alcançar uma proposta de saúde organizada sob o modelo usuário centrado, torna-se imprescindível ter a integralidade como base dos processos de trabalho. Apesar desta proposta, em alguns momentos, apresentar-se de forma utópica, se faz-se presente um movimento profissional que caminha no sentido da concretização da integralidade. Este primeiro passo é representado pelas iniciativas em implementar os processos de trabalho, com a ênfase no usuário. Entre elas, a tentativa do acolhimento, a percepção da importância do vínculo, e da necessidade da constituição de uma equipe multidisciplinar.

Todos os processos de trabalho se estabelecem a fim de se fazer uma assistência integral. Devido a isso, não se separou o estudo da integralidade em uma Unidade temática à parte, pois faz-se necessário a sua implementação em todos os itens trabalhados. Ela deve ser concebida como finalidade dos processos de trabalho em saúde, visando a implantação de um novo modelo de assistência.

A partir desta conclusão, a análise das falas dos profissionais de saúde estudados e a decodificação e seleção dos conteúdos das narrativas resultaram na compreensão de características de processos de trabalho na Unidade de Saúde pesquisada com base em duas Unidades temáticas. A primeira Unidade denominou-se “práticas de atendimento”, com a discussão dos itens acolhimento e vínculo, a dificuldade de transição do modelo de saúde na prática profissional e a responsabilização pela saúde. A segunda Unidade Temática foi denominada “questões da equipe de saúde”, que abrangeu o estudo dos itens: caminho para a multidisciplinaridade e a desvalorização profissional como causa de desmotivação. Esses conteúdos emergem, de diferentes formas e em diferentes momentos, dos relatos e o que se pode observar é que uma temática está inter-relacionada com a outra e todas caminham para um fim comum: a integralidade no modo de fazer saúde de forma usuário-centrado.

O acolhimento e vínculo atuam como principal dispositivo teórico para a concretização de um modelo de assistência usuário centrado. Porém, na prática profissional, há dificuldades de implementação deste meio de prestação de assistência. Os profissionais demonstram atitudes com a perspectiva de concretizar um acolhimento, porém são barrados por valores culturais que remetem ao modelo médico centrado. Estes valores se apresentam, tanto no imaginário dos usuários do Programa, como no da equipe de saúde. Estabeleceu-se, mediante esta cultura, a

crença da necessidade médica e de que só este profissional tem condições de resolver os problemas de saúde. Desta forma, oferecer um acolhimento, quando quem o faz é o profissional não médico, torna-se uma atitude pouco resolutiva para o usuário. Aprisionada nesta cultura, a equipe acaba desenvolvendo atitudes coniventes com esta forma de pensar saúde. Assim, em muitos momentos, o acolhimento é realizado com o objetivo de desafogar o profissional médico.

Pensar novos dispositivos, sem repensar os valores sócio culturais a eles remetidos não transformam processos de trabalhos, apenas denomina-se de formas diferentes o que no antigo modelo já se fazia como atendimento.

Mantém-se, muitas vezes, a organização de trabalho centrada na perspectiva de funcionamento do “pronto-atendimento”, onde se atende o usuário através da distribuição de fichas, sem considerar as necessidades dos indivíduos.

Por vezes, a rede de saúde não trabalha de forma articulada, dificultando a resolutividade da atenção proposta pelo acolhimento. Na tentativa de realizá-lo, a equipe se depara com situações, com as quais não se sente preparada para lidar: questões subjetivas, psicológicas, que ultrapassam seu arsenal técnico. A equipe percebe que o seu modelo de formação mantém-se distante do debate e da formulação das políticas públicas. Diante disso, notam, também, a necessidade de atuação de outras áreas profissionais, além da equipe básica proposta pelo Programa, a fim de contribuir para o atendimento integral dos usuários e potencializar o trabalho da equipe.

O vínculo aparece com dispositivo interdependente do acolhimento, pois só vincula quem bem acolhe. Ou seja, o usuário remete confiança à equipe, e retorna espontaneamente à Unidade quando é bem recebido, quando o profissional o escuta e remete uma resposta positiva ao seu problema. Ao se sentir acolhida, a população procura serviços receptivos e resolutivos. Esta resolutividade está relacionada à necessidade de articulação de todos os níveis de atenção a fim de proporcionar acesso ao usuário para a resolução de seus problemas. Desta forma, não basta apenas implantar um Programa direcionado à atenção básica, quando o objetivo é a atenção integral.

A equipe constata que, quando esta interação ocorre, é possível realizar um bom acompanhamento do usuário, através da referência e contra-referência, para se estabelecer vínculo e assistência integral.

A organização dos processos de trabalho mantém-se voltada para a cura das doenças, dando ênfase às especializações médicas.

Existe um caminhar da equipe que direciona os processos de trabalho ao novo modelo, centrado no usuário, enfatizando a prevenção, porém ainda dominados pela cultura centrada na doença. O grupo de diabéticos e hipertensos é o retrato desta ambigüidade: onde a prevenção se faz presente, mas na denominação da atividade transparece a estigmatização da doença.

A proposta do Programa, ao responsabilizar a equipe de saúde pela população adscrita, remeteu aos profissionais a necessidade errônea da tomada de algumas atitudes que aprisionam os usuários aos critérios de saúde da equipe. Buscar o paciente em casa para que ele compareça à consulta, levá-lo a outras cidades, quando há necessidade de encaminhamento, são exemplos da apropriação da equipe sobre a responsabilidade do usuário. Constata-se que há uma desapropriação dos indivíduos pela sua saúde e uma dificuldade para se estabelecer o auto-cuidado, desfavorecendo a autonomia do sujeito.

O indivíduo deve agir como autor principal de seu processo de saúde-doença e responsável pelo seu cuidado. A equipe de saúde deve apresentar-se como facilitadora deste cuidado, e não como dominadora das ações dos usuários.

Para se concretizar um novo modelo de saúde, aposta-se nas atitudes de equipe como o estímulo inicial à implantação de diferentes processos de trabalho.

Em face do trabalho de equipe, conclui-se que através das narrativas e do modo como os profissionais se comportaram diante das oficinas propostas na coleta de dados, há dificuldades referentes à capacidade de perceber o trabalho sob a ótica de uma equipe multidisciplinar.

A organização do trabalho se dá de forma compartimentada, onde cada profissional permanece centrado no seu saber técnico específico. Por vezes, a organização coletiva de tarefas ocorre, bem como o planejamento da equipe, em reuniões semanais, mas as ações aparecem delimitadas dentro de cada função profissional.

A desvalorização profissional é apresentada como um dos obstáculos enfrentados pela equipe. Percebe-se a dificuldade da gestão em apoiar os princípios do Programa, no que diz respeito ao vínculo. A rotatividade da equipe diante da instabilidade profissional aparece como motivo para o descontentamento dos

profissionais, além de não beneficiar atenção em saúde baseada no vínculo, como preconizado pelo Programa.

Portanto, foi possível concluir que ainda prevalece a cultura médico centrada como base para a organização dos processos de trabalho dentro do PSF. Fica claro que, diante desta realidade, há um conflito profissional, que inicia um caminhar rumo a novas formas de trabalho. Este conflito se estabelece a partir do reconhecimento da equipe diante da sua impotência de mudar a cultura social, seja pela falta de preparo técnico para este tipo de trabalho, ou seja pela impregnação de seus próprios valores no modelo anterior. Frente a esta dificuldade, os profissionais percebem a necessidade da atuação de outras áreas da saúde, como forma de auxílio para o trabalho da equipe, a fim de se proporcionar uma assistência integral.

Acredita-se que, para se desenvolver uma atenção integral, os participantes do processo devem se articular de forma a constituir uma equipe de trabalho interdisciplinar, onde não há apenas a junção de diferentes conhecimentos, mas também a troca e o entrelaçamento entre os saberes. Porém, diante da realidade, o primeiro passo é a construção da multidisciplinaridade, para se ter a ambição de que com o passar das reflexões sobre o tema, caminhe-se rumo à interdisciplinaridade.

Integrar ações preventivas e assistenciais; formar profissionais em equipes multidisciplinares, como uma perspectiva interdisciplinar para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; integrar partes do indivíduo sem um olhar reducionista, a fim de reconhecer nele um sujeito, implica a assimilação do princípio da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial.

A implementação de uma proposta não se dá por si só. Ela deve se desenvolver através da reflexão de seus atores. A equipe estudada encontra-se nesta fase de reflexão, e este estudo possibilitou um espaço de reflexão e de auto-conhecimento, a fim de se conseguir auxiliar na implementação da nova proposta de atenção a saúde: *“A gente tem que parar e pensar no que a gente está fazendo, senão não funciona”*. (Laranja). Reconhecer a necessidade de reflexão sobre os processos de trabalho, desvendá-los e repensá-los, é o principal resultado deste estudo. Sem reflexão não se constroem mudanças.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**. V. 9, n. 16, set-fev., p.39-52, 2005.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

CAMELO, Silvia H. Henriques e ANGERAMI, Emília Luigia Saporiti. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. V. 12, n. 1, jan.-fev., p.14-21, 2004.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma, repensando a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e saúde coletiva**. V.8, n.2, p.569-584, 2003.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense; 1978.

CARLINI-COTRIN B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigação sobre o abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**. V. 30, n.3, p. 285-293, 1996.

CARNEIRO F., AGOSTINI M. (Orgs). Oficinas de reflexão- espaços de liberdade em saúde In AGOSTINI M. D'ACRI V. **Trabalhando feminino e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

COSTA, MBS; LIMA, CB; OLIVEIRA, CP. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V. 53, p.149-153, 2000.

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

FRANCO, Túlio Batista, BUENO, Wanderlei Silva e MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 15, n. 2, abr-jun, p.345-353, 1999.

GASKELL, George; BAUER, Martin W. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne e PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface (Botucatu)**. V. 9, n. 17, Mar.- Ago., p.287-301, 2005.

GUI, Tadeu Roque. **Grupo focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjetividade e construção de sentido**. **rPOT** . Vol.3, jan-jun, 2003.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo e CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**. V. 20, suppl.2, p.331-336, 2004.

HOUAISS, Antônio; Villar Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da Língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

ILICH, Ivan. **A expropriação da saúde**. Nêmesis da medicina.4.ed.Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

MALTA, Deborah Carvalho, CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira, MERHY, Emerson Elias *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência e saúde coletiva**. V. 9, n. 2, abr.- Jun., p.433-444, 2004.

MATTOS, Ruben Araújo de,; PINHEIRO, Roseni (org.). **Os sentidos da Integralidade**. Na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, ABRASCO UERJ, 2001.

MATTOS, Ruben Araújo de. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (org.) **Construção da Integralidade**. Cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, ABRASCO UERJ, 2003.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: Os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. *In* CECILIO, L.C.O. (Org.) et al. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MERHY, E.E et al. **O trabalho em Saúde olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Saúde da Família**: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS**. Política Nacional de Humanização. Brasília: Secretaria Executiva, 2004.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

REIS, Cláudia da Costa Leite e HORTALE, Virginia A.; Programa de Saúde Família: supervisão ou convicção? Estudo de caso em município de médio porte. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n.2, p. 225 – 240, mar – abr, 2004.

RIBEIRO, Edilza Maria, PIRES, Denise e BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 20, n. 2, mar.- abr. p.438-446, 2004.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho e LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. V.13, n.6, nov.- dez., p.1027-1034, 2005.

SAWAIA, Bader Burihan; LANE, Silvia T. Maurer. **Novas veredas da psicologia social**. São Paulo: EDUCS, 1994.

SCHMITH, Maria Denise; LIMA Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 20, n. 6 p. 100 – 109, Nov-dez, 2004.

VICTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nasareth Agra. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo, 2000.

THOMPSON, Paul. A voz do passado: história real. Traduzido por Lólio Lourenço de Oliveira. 3.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone e FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 20, n.6, nov.- dez. p.1690-1699, 2004.

Apêndices

APÊNDICE A: Perfil dos participantes do estudo

FUNÇÃO	Idade	Escolaridade	Sexo	Tempo PSF
Médico	32 anos	3º grau	Masculino	3 anos
Enfermeira	47 anos	3º grau	Feminino	5 anos
Dentista	38 anos	3º grau	Feminino	2 anos
Auxiliar odontologia	34 anos	Ensino técnico	Feminino	2 anos
Técnico de enfermagem	45 anos	Ensino técnico	Feminino	4 anos
Técnico de enfermagem	38 anos	Ensino técnico	Masculino	8 meses
Agente Comunitário de Saúde	39 anos	Ensino fundamental	Feminino	4 anos
Agente Comunitário de Saúde	28 anos	Ensino fundamental	Feminino	6 meses
Agente Comunitário de Saúde	30 anos	Ensino fundamental	Feminino	1 ano
Agente Comunitário de Saúde	30 anos	Ensino fundamental	Feminino	2 anos
Agente Comunitário de Saúde	43 anos	Ensino fundamental	Feminino	1 ano
Agente administrativo	24 anos	Magistério	Feminino	1 ano

APÊNDICE B: Cronograma para coleta de dados

Data	Técnica	Material utilizado	Temáticas
02/02/06	Vende-se um PSF!	Cartolina, papel pardo, tinta, caneta hidrocor, tesoura, pincéis e cola.	- funções do PSF - trabalho da equipe - as formas de organização da equipe
15/02/06	Família X Equipe	Argila, palitos de madeira, canetas hidrocor	- relação paciente – equipe - acolhimento e vínculo - integralidade do atendimento
23/02/06	Acolhimento e vínculo	Sucata de papel (caixinhas), caneta hidrocor e cola	- acolhimento e vínculo - relacionamento equipe/comunidade
02/03/06	Varal da equipe	Barbante, balde, grampo de roupa, canetas hidrocor, folha de papel	- interação equipe - funções profissionais
09/03/06	Balões preciosos	Balões, folhas de papel, canetas hidrocor	- fechamento do trabalho - palavras-chave para identificar o trabalho do PSF