UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

KÁTIA TEREZINHA ALVES REZENDE

O processo de gerência nas Unidades de Saúde da Família: limites e
possibilidades em sua construção

Ribeirão Preto
2007

KÁTIA TEREZINHA ALVES REZENDE

O processo de gerência nas Unidades de Saúde da Família: limites e
possibilidades em sua construção

Tese de Doutorado apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem em Saúde Pública
Área de Concentração: Enfermagem em Saúde
Pública
Inserida na linha de pesquisa: Práticas, Saberes e
Políticas de saúde.

Orientadora: Profa Dra Silvana Martins Mishima

Ribeirão Preto

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

O processo de gerência nas Unidades de Saúde da Família:
limites e possibilidades em sua construção

FICHA CATALOGRÁFICA

Rezende, Kátia Terezinha Alves

O processo de gerência nas Unidades de Saúde da Família: limites e possibilidades em sua construção. Ribeirão Preto, 2007.

206 p.: il; 30 cm.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Orientador: Profª Drª Silvana Martins Mishima.

1. Administração de serviços de saúde 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da família. 4. Saúde pública

FOLHA DE APROVAÇÃO

Rezende, Kátia Terezinha Alves. O processo de gerência nas Unidades de Saúde da Família: limites e possibilidades em sua construção Ribeirão Preto, 2007.

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Inserida na linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof Dr: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof Dr: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof Dr: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof Dr: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof Dr: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico

A Deus por estar sempre presente.

Aos trabalhadores de saúde, em especial, aos que proporcionaram a realização desta investigação.

À Escola de Enfermagem – USP – Ribeirão Preto pela possibilidade de qualificação.

Agradecimentos

A um grande amor, Beto, pessoa especial, sempre presente em todos os momentos da minha vida. Sempre disposto a me escutar, a me orientar, a me apoiar, a me incentivar, a me conduzir. Sem você, não seria possível. Agradeço por ter você.

À Milena e ao Vinícius, a razão do meu existir. Amo vocês.

Aos meus pais, Vírgilio e Neide, que sempre estiveram presentes nas vidas dos seus filhos e dos seus netos, nos acompanhando passo a passo e buscando sempre a nossa felicidade.

Aos meus irmãos, Valéria, Júnior e Guilherme, pela possibilidade de sempre compartilhar as nossas vidas.

À Dra Cristina Guzzardi, pelos momentos de reflexão e reconstrução da minha vida.

Agradecimentos

À Profa Dra Silvana Martins Mishima, “minha” orientadora, pelo seu carinho, pela sua dedicação, pelo seu empenho, pela sua compreensão, pelo seu saber e pela sua escuta ampliada para todos e para tudo. Compartilhamos cada palavra, cada frase, cada parágrafo para elaborar essa produção. Serei eternamente grata pela possibilidade de ter estado com você em momentos intensos de aprendizagem.

A Profa Dra Clarice Ferraz e Profa Dra Sílvia Matumoto, por contribuírem com reflexões importantes no exame de qualificação.

À Profa Dra Zezé Bistafa, pela atenção.

A Profa Maria Cecília de Almeida Puntel, a grande mestre, trazendo contribuições fundamentais para a enfermagem brasileira, em especial, para a enfermagem na EE-RP-USP. Uma grande admiração, um grande respeito.

À Luzmarina, Mara e Sílvia, pelos anos de solidariedade crítica em relação à constituição e consolidação da Saúde Coletiva. E pelo vínculo, pelo afeto, pela solidariedade que construímos ao longo do tempo.

Às minhas companheiras de série – Adriana, Cristina, Mara, Marília, Renata Perri, Renata Rosa, Roseli, Sueli, que instigam a reflexão sobre prática de formação de profissionais e da prática em saúde.

À minha grande família, em especial, D. Judith, Sr. Wilson, Paulo, Paula e Daianne, pela presença, pelo afeto, pelo carinho, pela atenção.

Aos meus sobrinhos-filhos, Felipe, Pedro Henrique, Mariana e a pequena Mell, pelos momentos de felicidades que vocês me proporcionam.

À família Tonhom, referência para mim e para os meus. Sempre cuidando...

À família Bracialli, atenta nos momentos oportunos.

À família Novo, demonstrando dedicação.

À Ione, pelo carinho, pelo carisma. Sempre acolhendo...

À D. Matilde, sempre presente para cuidar de mim e dos meus.

À Adriana, Bete, Elaine, Silvana, pela acolhida, acompanhando o caminho percorrido.

À Celiane, Janise e Marilu, companheiras de orientação, pela possibilidade de conhecê-las e compartilhar alguns momentos. Marilu, pelo carinho, pela atenção e pelo abrigo dedicado sempre que necessário.

Aos estudantes do curso de enfermagem da Famema, que ao longo da minha trajetória profissional, me instigaram a trilhar o caminho da qualificação.

À Marcelen, pela atenção e pelo carinho.

À Profa Adriana de Paula Congro Michelone, coordenação do curso de enfermagem e a direção da Famema, pela oportunidade de qualificação.

À Secretaria de Saúde do município de Marília, em especial ao Dr. Júlio Cezar Zorzetto, Enf. Denise Elaine Garozi e ao Dr. Eduardo Tanajura de Faria, pela acolhida.

Aos que se dedicaram a um trabalho árduo no trabalho de transcrição das entrevistas, em especial, à minha filha, Milena.

Às bibliotecárias da Famema, Regina e Josefina, e, em especial a Helena, pela revisão das referências.

À professora Lucy, que me acompanhou desde a seleção, contribuindo no aprendizado da língua estrangeira.

À professora Maria Derci, que se dedicou a examinar a língua portuguesa.

À cantina da EERP, pela recepção.

Às irmãs do Colégio Vita Pax, pela acolhida.

LISTAS DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAOIM - Centro de Atendimento a Obesidade Infantil de Marília

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

COMUS – Conselho Municipal de Saúde

CONSEG – Conselho de Segurança

FAMEMA – Faculdade de Medicina de Marília

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDA – Integração Docente Assistencial

NEPEM - Núcleo de Educação Permanente

NGA – Núcleo de Gestão Assistencial

NOB – Norma Operacional Básica

NOAS – Norma de Assistência à Saúde

PAB – Piso de Atenção à Saúde

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PROIID – Programa de Interdisciplinar de Internação Domiciliar

PROMED - Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares

PRO-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PROESF – Projeto Municipal de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SMHS – Secretaria Municipal de Higiene e Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UCAF - Unidade Central de Assistência Farmacêutica

UCEM - Unidade Central de Esterilização de Materiais -

UNI – Uma Nova Iniciativa na Formação de Profissionais de Saúde: em União
com a Comunidade

UNIMAR – Universidade de Marília

UPES - Unidade de Prevenção e Educação em Saúde -

UPP – Unidade de Prática Profissional

USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição das Unidades de Saúde da Família segundo critérios de inclusão para o desenvolvimento da pesquisa. Marília, 2006.57

Quadro 2 - Identificação dos trabalhadores de saúde entrevistados. Marília, 2007.....60

Quadro 3 – Caracterizando os trabalhadores de saúde segundo sexo, idade, formação, tempo na equipe, experiência na rede básica, das USFs. Marília, 2007.. 68

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Rede de atendimento de Saúde do município de Marília – SP.	53
--	----

RESUMO

Rezende, Kátia Terezinha Alves. O processo de gerência nas Unidades de Saúde da Família: limites e possibilidades em sua construção. Ribeirão Preto, 2007. 206 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Essa investigação tem por objeto de estudo o processo gerencial desenvolvido na atenção básica, em específico nas Unidades de Saúde da Família (USF), do município de Marília – SP, Brasil. A Saúde da Família tem se constituído em estratégia para a reorganização da atenção básica e da produção em saúde proposta a partir de 1994, pelo governo brasileiro e sustentada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos desafios nesse processo é o de buscar o comprometimento dos trabalhadores de saúde, assim como o de estabelecer instrumentos, como, por exemplo, a gerência de serviços de saúde, para a reorganização do processo de trabalho em saúde que possibilitem o atendimento das necessidades de saúde da população, e a ação de saúde voltada para a produção de cuidados. Assim o presente estudo tem por objetivos: apreender as características tecnológicas do processo de trabalho em saúde – o objeto, a finalidade, modo de agir e tecnologias utilizadas - na perspectiva do trabalho gerencial nas USFs; identificar e analisar a compreensão acerca do processo gerencial pelos trabalhadores de saúde; analisar a potência da gerência como ferramenta para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS na Saúde da Família. Para tanto aproximamo-nos do referencial da micropolítica do processo de trabalho em saúde. A captação do empírico consistiu em entrevistas semi-estruturadas junto aos trabalhadores de saúde de duas USFs. Os dados obtidos foram submetidos à Análise de Conteúdo, modalidade temática. O processo de trabalho desenvolvido nas USFs investigadas foi apreendido a partir de quatro temas identificados no estudo: concepção do trabalho na Saúde da Família; organização do processo de trabalho; trabalho em equipe na produção do cuidado; relação equipe de saúde – usuário na produção do cuidado. A análise e apresentação dos temas pautaram-se pela articulação à configuração teórico-metodológica que sustenta a presente investigação. Assim, os temas apresentam-se articulados ao objeto de trabalho na Saúde da Família e projetos que sustentam essa prática em saúde, aos instrumentos e ao modo de agir no cotidiano do serviço e a constituição do processo de gestão/gerência. A análise empreendida aponta que o processo de trabalho em saúde apresenta limites para tomar as necessidades de saúde dos usuários em sua complexidade, utilizando instrumentos estritos ao setor saúde e desarticulados do processo de produção e reprodução social, no entanto, os trabalhadores expressam relações de responsabilização e acolhimento junto aos usuários dos serviços de saúde. A condução da prática gerencial, também, apresenta limites, para ser tomada como um instrumento com potência para desencadear no conjunto dos trabalhadores um processo de reflexão e revisão sobre sua prática e os encaminhe à adesão e comprometimento a um processo de produção de cuidados à saúde na direção apontada pelo SUS, porém há um movimento de tentativa, de ensaio, de procura ...

Descritores: Administração de serviços de saúde, Atenção primária à saúde, Saúde da família, Saúde pública.

ABSTRACT

Rezende, Kátia Terezinha Alves. O processo de gerência nas Unidades de Saúde da Família: limites e possibilidades em sua construção. Ribeirão Preto, 2007. 206 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

This investigation has as its study object the managerial process developed in the basic attention, specifically in the USFs (Family Health Units) from the city of Marília – SP, Brazil. The Family Health has been constituted in strategy for the reorganization of the basic attention and the production in health care, proposed since 1994 by the Brazilian government and sustained by the principles and policies of the SUS (State Health System). One of the challenges in this process is seeking for commitment of the health workers, as well as establishing instruments, such as, for instance, the management of the health services for the reorganization of the work process in the health area which enables the fulfillment of the population's needs for health care and the health action focused on the production of care. Thus, the current study has as its objective: to learn the technological characteristics of the work process in health care – the object, the aim, the way of acting and the technologies used – in the perspective of the managerial work in the USFs; to identify and analyze the understanding about the managerial process by the health care workers; analyze the power of the management as a tool for the consolidation of the principles and policies of SUS in the Family Health. For such, we approached the referential of the micro politics in the process of the health care work. The gathering of the empiric constituted of semi-structured interviews with the health workers in two USFs. The collected data were subjected to Content Analysis, thematic modality. The work process developed in the investigated USFs was apprehended from four identified themes in the study: Conception of the Work in the Family Health; Organization of the Work Process; Team Work in the Production of Care; Relation Health Team – User in the Production of Care. The analysis and presentation of the themes were lined by their articulation with the theoretical-methodological configuration which sustains the current investigation. Therefore, the themes are presented articulated to the work object in the Family Health and projects which sustain this practice in health, to the tools and the way of acting in the daily service and to the constitution of the process conduct/ management. The apprehended analysis points that the process of work in health care presents limitations while taking the health needs of the users in its complexity, using tools strict to the health sector and not articulated with the process of social production and reproduction, however, the workers express relations of warmth and responsibilities toward the users of health services. The conduction of the managerial practice, also, presents limitations in the sense that it's taken as a tool with enough power to trigger, among workers, a process of reflection and revision of their practice which leads to adhesion and commitment to the process of health production in the way aimed by SUS. Nevertheless, there's a movement of attempt, of rehearse, of search...

Descriptors: Health services administration, Primary health care, Family health, Public health

RESUMEN

Rezende, Kátia Terezinha Alves. O processo de gerência nas Unidades de Saúde da Família: limites e possibilidades em sua construção. Ribeirão Preto, 2007. 206 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Este estudio tiene como objeto de investigación el proceso gerencial desarrollado en la atención básica, específicamente en las Unidades de Salud de la Familia (USF), de la ciudad de Marília – SP, Brasil. La Salud de la Familia se ha constituido en una estrategia para la reorganización de la atención básica y de la producción en salud propuesta a partir de 1994, por el gobierno brasileño y sostenida por los principios y directrices del Sistema Único de Salud (SUS). Uno de los desafíos en este proceso es buscar el comprometimiento de los trabajadores de salud, así como establecer instrumentos, como por ejemplo, la gerencia de servicios de salud, para la reorganización del proceso de trabajo en salud que posibilite el atendimento de las necesidades de salud de la población, y la acción de salud dirigida a la producción de cuidados. De este modo, el presente estudio tiene por objetivos: aprehender las características tecnológicas del proceso de trabajo en salud – el objeto, la finalidad, la manera de actuar y tecnologías utilizadas – en la perspectiva del trabajo gerencial en las USFs; identificar y analizar la comprensión acerca del proceso gerencial por los trabajadores de salud; analizar la potencia de la gerencia como herramienta para la consolidación de los principios y directrices del SUS en la Salud de la Familia. En este sentido, nos aproximamos del referencial de la micropolítica del proceso de trabajo en salud. La captación de lo empírico ha consistido en entrevistas semiestructuradas junto a los trabajadores de salud de dos USFs. Los datos obtenidos han sido sometidos a Análisis de Contenido, modalidad temática. El proceso de trabajo desarrollado en las USFs investigadas ha sido aprehendido a partir de cuatro temas identificados en el estudio: concepción del trabajo en la Salud de la Familia; organización del proceso de trabajo; trabajo en equipo en la producción del cuidado; relación equipo de salud - usuario en la producción del cuidado. El análisis y la presentación de los temas han sido pautados por la articulación con la configuración teórico-metodológica que sostiene la presente investigación. Así los temas se presentan articulados con el objeto de trabajo en la Salud de la Familia y con proyectos que sostienen esa práctica en salud, con los instrumentos y con la manera de actuar en el cotidiano del servicio y con la constitución del proceso de gestión/gerencia. El análisis emprendida señala que el proceso de trabajo en salud presenta límites para considerarse las necesidades de salud de los usuarios en su complejidad, utilizándose instrumentos restrictos al sector salud y desarticulados del proceso de producción y reproducción social, no obstante, los trabajadores expresan relaciones de responsabilidad y acogida junto a los usuarios de los servicios de salud. La conducción de la práctica gerencial también presenta límites, en el sentido de ser considerada como un instrumento con potencia para generar, en el conjunto de los trabajadores, procesos de reflexión y revisión de su práctica que se dirijan a la adhesión y comprometimiento, a un proceso de producción de cuidados en la salud en la dirección apuntada por el SUS, sin embargo, hay un movimiento de tentativa, de ensayo, de búsqueda...

Descriptor: Administración de los Servicios de Salud, Atención Primaria de Salud, Salud de la Familia, Salud Pública

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1. INTRODUÇÃO: a problemática investigada, a definição do objeto e o recorte da pesquisa	20
1.1. Localizando a gestão/gerência no espaço local – o caso de Marília.....	23
1.2. (Re)pensando os processos de gestão/gerência no cotidiano dos serviços de saúde.	29
1.3. Objetivos	35
2. APORTE TEÓRICO E O CAMINHO METODOLÓGICO	37
2.1. Processo de Trabalho em Saúde – momentos e conceitos de trabalho vivo e trabalho morto.....	37
2.2. A micropolítica do trabalho vivo em saúde: as tecnologias em saúde e a subjetividade	40
2.3. Pensando os processos de gestão/gerência.....	44
2.4. Caminho Metodológico.....	47
2.4.1. Natureza da Investigação.....	47
2.4.2. Definição do Campo da pesquisa – apresentando o município de Marília	49
2.4.3. O cenário da pesquisa – as Unidades de Saúde da Família	53
2.4.4. Os sujeitos e as técnicas de coleta de dados.....	60
2.4.4.1. Entrevista.....	61
2.4.5. Procedimentos éticos e autorização legal	62
2.4.6. Análise de Dados	63
3. APRESENTANDO OS TRABALHADORES DE SAÚDE DAS UNIDADES INVESTIGADAS	66
4. A GERÊNCIA NA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO NA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	75
4.1. O objeto do processo de trabalho nas unidades de Saúde da Família – pensando o trabalho gerencial	77

4.2. Organização do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família – tecnologias e modos de agir no cotidiano da prática em saúde	95
4.2.1. Os grupos com a comunidade como instrumento para mudança?	95
4.2.2. A reunião de comunidade – interrogando a possibilidade de construção de espaço de participação social.....	130
4.2.3. A reunião de equipe como espaço de reorganização do processo trabalho?	142
4.3. O processo de gestão/gerência nas Unidades de Saúde da Família – limites e possibilidades em sua construção	161
5. POR UMA SÍNTESE PROVISÓRIA.....	187
6. REFERÊNCIAS.....	193
APÊNDICES	203
ANEXO	206

APRESENTAÇÃO

A presente investigação foi inspirada em minha prática profissional enquanto docente assistencial da disciplina de Enfermagem em Saúde Pública, atualmente, Enfermagem em Saúde Coletiva e Administração Aplicada à Enfermagem do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília (Famema), desde 1985. Esse período vem sendo marcado por questionamentos de minha parte em conjunto com os docentes do curso, a respeito da construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Marília.

A Famema mostra uma história de compromisso com a transformação de profissionais de saúde, marcada pela adesão aos projetos IDA – Integração Docente Assistencial (1983), UNI – Uma Nova Iniciativa na Formação de Profissionais de Saúde (1992), PROMED – Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares (2002), PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (2005).

Esses projetos têm a perspectiva de que a escola se integre ao serviço público e que atenda a necessidades concretas da população brasileira, na produção de conhecimento e prestação de serviços, direcionados à construção e consolidação do SUS.

O envolvimento da Universidade e da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde (SMHS), neste projeto, explicita o projeto político dessas instituições com a política de saúde e educação, ou seja, com a transformação da formação de profissionais de saúde e do modelo do cuidado em saúde.

Assim que concluí a graduação em enfermagem em 1984, no ano seguinte iniciei a minha trajetória profissional na Famema. Trabalhar nessa instituição me

possibilita envolvimento, vínculo com serviços de saúde da atenção básica e, conseqüentemente, responsabilidade, compromisso com a transformação do modelo de atenção à saúde tendo em vista a defesa da vida. Meu trabalho possui esta marca. Assim, a oportunidade de retornar à Pós-Graduação para a realização do doutoramento, permite-me a realização de uma investigação voltada aos processos de gestão/gerência de serviços, oportunidade de construir conhecimento e de me aproximar do campo da Saúde Coletiva em relação a esses processos de forma sistematizada e arriscar uma contribuição ao estudo do trabalho em saúde.

Dessa forma, nesse estudo pretendeu-se compreender o processo de construção do cuidado em saúde na atenção básica e, para tanto, investigando a prática gerencial na rede de atenção básica no município de Marília – SP, com foco nas Unidades de Saúde da Família (USF), por entender a gerência como condutora do processo de trabalho em saúde.

Assim, apresento no primeiro capítulo a problemática da investigação e a definição do objeto, em que formulo as seguintes questões de pesquisa:

- Quais são, o que fazem e como se constituem as instâncias de gestão/gerência na USF?
- Quais as brechas para que a gerência se constitua na direção assinalada pela SMHS de Marília e pela perspectiva do SUS?
- Como os trabalhadores da equipe de saúde percebem esta gestão/gerência?

No segundo capítulo, apresento o referencial teórico-metodológico, trazendo os aspectos conceituais assim como o método empreendido nessa pesquisa, apontando seu campo e cenário, os sujeitos, as técnicas e instrumentos utilizados na coleta de dados, bem como a explicitação de como a análise foi empreendida.

O terceiro capítulo – Apresentando os trabalhadores de saúde – expressa a análise sobre o perfil dos trabalhadores de saúde nas unidades de saúde investigadas em relação a sexo, idade, formação, tempo na equipe e experiência na rede básica.

O quarto capítulo – A gerência na organização do processo de trabalho na saúde da família - consiste na apresentação do processo de trabalho desenvolvido nas USFs. Esse foi apreendido a partir dos temas identificados no estudo: Concepção do trabalho na Saúde da Família; Organização do processo de trabalho; Trabalho em equipe na produção do cuidado; Relação equipe de saúde – usuário na produção do cuidado. A análise e apresentação dos temas pautaram-se pela sua articulação à configuração teórico-metodológica que sustenta a presente investigação. Ou seja, os temas apresentam-se articulados ao objeto de trabalho na Saúde da Família e aos projetos que sustentam essa prática em saúde, aos instrumentos e ao modo de agir no cotidiano do serviço e à constituição do processo de gestão/gerência.

No quinto capítulo – Por uma Síntese Provisória - considero que o processo de trabalho em saúde apresenta limites para tomar as necessidades de saúde dos usuários em sua complexidade, utilizando instrumentos estritos ao setor saúde e desarticulados do processo de produção e reprodução social. No entanto, os trabalhadores expressam relações de responsabilizações e acolhimento junto aos usuários dos serviços de saúde. A condução da prática gerencial também apresenta limites, para ser tomada como um instrumento com potência para desencadear no conjunto dos trabalhadores um processo de reflexão e revisão sobre sua prática e os encaminhe para a adesão e comprometimento a um processo de produção de cuidados à saúde na direção apontada pelo SUS, porém há um movimento de tentativa, de ensaio, de procura...

1. INTRODUÇÃO: a problemática investigada, a definição do objeto e o recorte da pesquisa

Esse estudo tem por objeto de investigação o processo gerencial desenvolvido na atenção básica, em específico nas Unidades de Saúde da Família (USF), do município de Marília – SP, Brasil. A Saúde da Família tem se constituído em estratégia para a reorganização da atenção básica e da produção em saúde, proposta a partir de 1994 pelo governo brasileiro e sustentada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tentativas de implementar e consolidar o SUS vêm se dando durante as duas últimas décadas, cabendo ressaltar que esse processo antecede sua implantação e que o movimento da Reforma Sanitária brasileira trouxe para esse cenário um conjunto de demandas gerenciais, assistenciais e intersetoriais que constitui desafios à administração pública, tendo em vista que o sistema de saúde brasileiro é definido como uma rede regionalizada e hierarquizada, que configura um sistema único sob diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da sociedade (CECCIM, 2002; MISHIMA, 2003).

Ao tomar os desafios postos frente às demandas gerenciais em busca da consolidação do SUS, um primeiro ponto a ser colocado é o entendimento do processo de gestão/gerência, que pode se constituir numa ferramenta para a condução, revisão e resignificação dos processos de produção de cuidado, no cotidiano dos serviços. Assim, algumas questões se fazem presentes ao se pensar a Saúde da Família:

- Quais são as características tecnológicas do processo gerencial nas Unidades de Saúde da Família (USFs)?

- Estas características estão voltadas para possibilitar mudanças no processo de trabalho ou legitimar situações dadas?
- A gerência está direcionada para conduzir melhoria na qualidade da assistência e busca alternativas para resolução dos problemas de saúde da população, com participação efetiva do trabalhador de saúde e da população?

O SUS, portanto, faz pensar em novas práticas de gestão e de assistência, de forma que a reflexão sobre essas questões, em espaços específicos, pode contribuir para a construção de práticas e conhecimentos necessários à sua consolidação. Assim, essa pesquisa se volta para a análise das práticas gerenciais na rede de atenção básica no município de Marília – SP, Brasil, com foco nas USFs.

O cenário municipal constitui um espaço singular de observação e análise da organização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, de seu desenvolvimento gerencial a partir da descentralização, princípio fundamental do SUS. Sob essa ótica, é necessário compreender a descentralização como conceito-chave para a reorganização dos serviços de saúde e entender a gerência de serviços de saúde como condutora do processo de trabalho (BERTUSSI; ALMEIDA, 2003).

A gerência/gestão de serviços de saúde tem sido colocada como área estratégica para a transformação das práticas de saúde; pois sua posição intermediária entre as estruturas centrais, com poder de definição de diretrizes políticas, e a prestação de serviços, que a põe em contato com o processo de produção e com a população, caracteriza-a como espaço privilegiado para a

tradução de políticas em formas concretas de organização de ações de saúde (CASTANHEIRA, 1996).

Bertussi e Almeida (2003) apontam que a gestão/gerência dos serviços locais de saúde é produtora do processo de trabalho e, historicamente, caracteriza-se pelo desenvolvimento de atividades burocráticas, visando ao preenchimento de relatórios de produtividade, a fim de alcançar o teto financeiro desejável e/ou produção de procedimentos para recebimento dos atos mensuráveis, ou seja, os atos de recuperação e reabilitação da doença, enfatizando o modelo de atenção voltado mais para a doença do que para a saúde. Entretanto, o SUS impõe o desafio de construir uma nova maneira de produzir saúde, partindo de um agir comprometido com a vida individual e coletiva. Isso nos permite desenvolver mudança para um modelo de atenção corporativo voltado para um usuário centrado, conforme aponta Merhy (1998).

Bertussi e Almeida (2003) apostam na necessidade de discussão e análise do gerenciamento dos serviços de atenção básica de saúde, pois esses são as unidades produtoras, a porta de entrada do Sistema Local de Saúde, em que os problemas de saúde podem ser identificados, priorizados e atendidos pelos trabalhadores, sendo que gerência pode imprimir mudanças no modo de fazer saúde.

A intenção de desenvolver a presente investigação está assentada, também, na importância do papel gerencial no processo de trabalho em saúde que se delineia em nível local, papel esse que só mais recentemente no processo de municipalização, começa a se fazer presente nas unidades de saúde municipais, conforme apontam Bertussi e Almeida (2003).

1.1. Localizando a gestão/gerência no espaço local – o caso de Marília

Marília vivencia, na década de 90, uma experiência inovadora no estabelecimento de parcerias para a reformulação de práticas de ensino, assistência, gestão e participação comunitária. A Faculdade de Medicina de Marília (Famema), juntamente com a Secretaria Municipal de Higiene e Saúde (SMHS), desenvolvem o Projeto UNI - Uma Nova Iniciativa na Educação de Profissionais da Saúde: em união com a comunidade.

Rezende (1998) refere que, ao buscar uma base sólida de financiamento, a Famema e a SMHS elaboram um projeto teoricamente progressista; visto que se pretendia construir um sistema de saúde eficaz e eficiente, com participação da população em sua organização e gestão. Segundo reconhece Rezende (1998), o Projeto UNI-Marília representava mais uma etapa de sobrevivência financeira, pois, entre outros, constata-se que o Modelo de Atenção à Saúde continuava, em 1998, traçando perfis de produção de acordo com a lógica do Modelo de Pronto Atendimento, não organizando suas intervenções a partir de perfis epidemiológicos. O modelo trabalhava com a resolução de queixas, portanto, enfocando a doença e a cura, perpetuando assim a hegemonia da medicina na área de saúde, quadro este não distinto da realidade atual.

Fracolli e Egry (2001) apontam que a lógica de organização da produção nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município de Marília era predominantemente médico-liberal, embora a lógica do modelo de Vigilância à Saúde buscasse instituir-se.

O município de Marília, habilitado em junho de 1998 à forma de Gestão Plena do Sistema de Saúde, segundo a NOB 01/96¹, mantém convênios de parceria na assistência à saúde com cinco Entidades Filantrópicas desde 1999. Segundo a Secretaria da Saúde (MARÍLIA, 2002), isso favorece a articulação com a atenção secundária e terciária, permitindo um sistema mais resolutivo para a rede básica.

De acordo com Marília (2002), o modelo de atenção à saúde vem sendo reorientado pela SMHS no sentido de uma transformação progressiva para o modelo da Saúde da Família. As diretrizes básicas desse modelo contemplam: universalização, equidade, integralidade, promoção, prevenção, recuperação, acessibilidade garantida e atendimentos eficientes, afetuosa e ágeis, resolubilidade, utilização de tecnologia apropriada, integração, democratização da gestão (controle social), a lógica coletiva sobre o enfoque clínico-individual, acolhimento, responsabilização e consciência sanitária, a saúde e a vida como patrimônio público.

As UBSs e as USFs vêm se constituindo, em sua área de abrangência, porta de entrada ao Sistema Municipal de Saúde, visto que essas unidades são responsáveis pelos riscos e agravos à saúde que ocorram em sua área. Elas devem ser capazes de identificar os problemas de saúde mais relevantes, os indivíduos ou grupos mais suscetíveis ao risco de adoecer e/ou morrer, assim como planejar e executar ações mais adequadas para o seu enfrentamento. É de sua responsabilidade, também, a articulação com os diversos equipamentos sociais de sua área (MARÍLIA, 2002).

¹ NOB 01/96 denominação da Norma Operacional Básica de 1996 estabelece as formas de gestão, aprofundando o processo de descentralização no Sistema Único de Saúde.

Pode-se constatar que o projeto político assumido pela Secretaria da Saúde de Marília está em consonância com os princípios e diretrizes apontados pelo SUS.

A constituição do SUS, baseada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, aponta a necessidade de se investigar o modo como se estruturam e se gerenciam os processos de trabalho, nos distintos tipos de estabelecimentos que ofertam serviços de saúde (MERHY, 1997).

Merhy (1999) afirma que a produção da saúde implica que esse processo produtivo impacte ganhos ou recupere graus de autonomia no modo do usuário conduzir a sua vida. Contudo, a produção de atos de saúde pode ser simplesmente centrada em procedimentos e não em necessidades de saúde dos usuários. Ou seja, “a finalidade última pela qual esta produção se realiza, esgota-se na produção de um paciente operado, vacinado e ponto final, aliás, o que não é estranho a ninguém que usa os serviços de saúde no Brasil” (MERHY, 1999, p. 307).

Esse autor, ao fazer tal afirmação, aponta que a grande questão colocada para o trabalho em saúde refere-se ao modo de operar a produção em saúde, uma vez que, em última instância, o que o trabalho em saúde produz é um certo modo de cuidar, que poderá ou não ser curador ou promovedor da saúde (MERHY, 1999).

Segundo Merhy (2002) pensar modelagens de trabalho em saúde que consigam combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas de resultados, cura, promoção e proteção, é um desafio a ser alcançado pelos gestores e trabalhadores dos serviços de saúde.

O autor ressalta, ainda, que todos os processos atuais de produção da saúde vivem tensões básicas e próprias dos atos produtivos em saúde, chamando atenção para

- A lógica da produção dos atos de saúde como procedimentos e a da produção dos procedimentos como cuidado, como por exemplo, a tensão nos modelos médicos centrados em procedimentos, sem compromisso com a produção da cura;
- A lógica da produção dos atos de saúde como resultado das ações de distintos tipos de trabalhadores para a produção e o gerenciamento do cuidado e as intervenções mais restritas e exclusivamente presas às competências específicas de alguns deles, como por exemplo: as ações de saúde enfermeiro-centradas ou médico-centradas, sem ação integralizada e unificada em torno do usuário, ou a clínica restrita do médico e procedimento centrado e os exercícios clínicos de todos os trabalhadores de saúde (MERHY, 2002, p.119).

Assim, Merhy (2002) discorda dos governantes e dirigentes dos serviços públicos e privados que atribuem ao financiamento a responsabilidade pela crise no setor saúde, tentando mostrar que não é possível desenvolver boa assistência com os recursos disponíveis. O autor aponta que os usuários reclamam não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno dele e do seu problema; sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados.

Para fins dessa pesquisa esse aspecto, é fundamental, uma vez que a gestão/gerência dos processos de produção de saúde, no nível local, deve se voltar para a estruturação de um processo de trabalho centrado na produção de cuidados e não de procedimentos exclusivamente, a partir da perspectiva do SUS, ou seja, a gerência local é tomada como potente ferramenta para imprimir direcionalidade ao processo de trabalho em saúde.

Schraiber et al (1999) referem que o gestor público atual defronta-se com uma prática de grande complexidade, resultante dos novos desafios desse novo lugar. Faz-se necessário garantir a universalidade e a equidade na prestação de serviços, possibilitando a participação popular e profissional nos processos

decisórios correlatos da produção e também na execução dos cuidados de saúde; lidar com a integralidade da assistência à saúde, possibilitando que a equipe de saúde crie espaços e formas de interação no trabalho cotidiano e gerencie os conflitos inerentes ao processo de trabalho, e, mais, buscar resolubilidade e qualidade técnico-científica das ações que serão produzidas.

Ganha importância, então, a discussão dos processos gerenciais no cenário que se conforma, que, marcado pelo princípio da descentralização, traz novas demandas aos gestores de todos os níveis assistenciais do sistema de saúde.

O processo de descentralização em saúde predominante no Brasil é do tipo político-administrativo, envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas também responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para estadual e municipal, sendo que essa perspectiva de construção de sistema implica o estabelecimento de relações interinstituições, interníveis de governo e interserviços (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Teixeira (1990) refere ainda que a descentralização, como diretriz da reforma sanitária brasileira, também contempla a democratização e incorporação de novos atores sociais, uma vez que esse quadro pode permitir distintos olhares para as necessidades dos usuários, para o contexto específico de vida e relações das pessoas que utilizam e atuam nos serviços de saúde, para as alternativas de enfrentamento das situações de saúde.

Em 2001, Fracoli e Egry tomam como objeto de estudo o trabalho gerencial nas UBSs do município de Marília e revelam que:

- as lógicas que caracterizam esse trabalho expressam-se por compromissos com atividades-meio que organizam o trabalho médico;

- as lógicas estão organizadas sob uma concepção clássica de gerência, isto implica a adoção, pelas gerentes, de tecnologias e saberes gerenciais pautados em modelos tayloristas, fordistas e weberianos;
- a prática gerencial reforça a burocracia, a divisão do trabalho, o produtivismo e a alienação do trabalhador do seu produto final, bem como enfatizam ações de supervisão e controle e deixam para segundo plano o planejamento e a avaliação dos profissionais e das práticas de saúde;
- a tensão entre assistir e gerenciar aparece como pólos de oposição e não como ações intercessoras e intercomplementares.

A constatação de Fracolli e Egry (2001) nos faz concluir que a organização do processo de trabalho em saúde nas UBSs não possibilita a identificação e a resolução das necessidades de saúde da população, como também não possibilita a participação efetiva dos trabalhadores de saúde e população na condução e desenvolvimento do trabalho.

De certa forma, o estudo corrobora a necessidade de redirecionar as práticas em saúde, considerando que (em tese) a política de saúde municipal encontra-se voltada para construção e consolidação do SUS. O município de Marília, a partir de 1996, por meio da Estratégia de Saúde da Família², busca esse redirecionamento.

Nessa perspectiva, a integração dos diferentes serviços que compõem a Rede de Atenção Básica vem sendo aprimorada por meio de diversas estratégias. Cabe destacar, neste momento, aquela que diz respeito ao trabalho gerencial; “a qual

² Em parceria com o Ministério da Saúde, a SMHS e a FAMEMA, visando a dar sustentação à proposta de reordenamento da rede básica, realizam dois cursos de especialização e residência multiprofissional em Saúde da Família. Em relação à prestação de serviço, a política adotada é a extensão de USF.

consiste em fortalecer o modelo de gerência, modelo este que seja participativo e descentralizado, que promova autonomia, comunicação lateral, conformando uma rede de responsabilidade e compromisso, através de reuniões periódicas pela equipe” (MARÍLIA, 2002, p. 10).

No estudo de Fracoli e Egry (2001) acima mencionado, as autoras apontam a necessidade de utilização de instrumentos gerenciais que propiciem a “auto-análise” e a “auto-gestão” pelos trabalhadores de saúde nas UBSs do município de Marília. A “auto-análise” e “auto-gestão” são conceitos trabalhados pelo movimento institucionalista³ e, na saúde, dão suporte à discussão empreendida por autores que analisam os processos de gestão e gerência, em especial Emerson Elias Merhy.

1.2. (Re)pensando os processos de gestão/gerência no cotidiano dos serviços de saúde

A aposta de Merhy (1997) é a de que devemos tomar como desafio central a produção de uma reforma “publicizante” do sistema de direção dos serviços de saúde, que implique “coletivização” da gestão/gerência dos processos de trabalho em saúde, que devem estar direcionados para o atendimento de necessidades de saúde dos usuários destes serviços.

Nesse caminho, Merhy (1997) dialoga com os modos como, no cotidiano, os trabalhadores de saúde e usuários dos serviços produzem-se mutuamente, por meio

³ O Movimento institucionalista, segundo Barembliitt (1994, p. 11), é “um conjunto heterogêneo, heterológico e polimorfo de orientações, entre as quais é possível encontrar-se pelo menos uma característica comum: sua aspiração a deflagrar, apoiar e aperfeiçoar os processos auto-analíticos e autogestivos dos coletivos sociais.” A auto-análise consiste no movimento das comunidades em se fazerem protagonistas de seus problemas, de suas necessidades, de suas demandas; “possam enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um vocabulário próprio que lhes permita saber acerca de sua vida” (p.17). O processo de auto-análise é simultâneo ao processo de auto-organização “em que a comunidade se articula, se institucionaliza, se organiza para construir os dispositivos necessários para produzir, ela mesma ou para conseguir, os recursos de que precisa para o melhoramento de sua vida [...]” (p.18).

de suas “subjetividades”, de modos de sentir, de representar e de vivenciar as necessidades de saúde, e tomar decisões acerca do projeto político assistencial a ser empreendido nos serviços, atuando na micropolítica do trabalho em saúde.

A discussão trazida por Merhy (1997) e compartilhada por outros autores (CAMPOS, 1994, 1997, 2000; MERHY, 1997, 1998, 2002; MISHIMA, 2003; MATUMOTO, 1998) aponta para conceitos⁴ como a subjetividade, a micropolítica, os processos de gestão, a produção de sujeitos – conceitos importantes para se pensar gestão/gerência.

Para Campos (2000), o processo de trabalho apresenta uma dupla finalidade: produzir bens e serviços necessários ao público e cuidar da constituição do Sujeito e dos Coletivos. O trabalho, significando, então, não somente um meio para assegurar sustento material, mas também para a constituição das pessoas e de sua rede de relações: equipes, grupos, organizações, instituições, e sociedades. No exercício da gestão/gerência de serviços de saúde esses aspectos estão presentes e mobilizam ações para a implantação e implementação de projetos técnico-políticos.

Contudo, é importante assinalar que a forma como essa gestão/gerência é exercida compreende esses aspectos e os mobiliza para a ação que pode ser diferente: volta-se para o controle e para as tarefas burocráticas que necessariamente sustentam qualquer organização, ou busca mobilizar outros atores para “democratizar” os espaços e as relações de poder.

No exercício cotidiano cabe à gerência, ou às instâncias gerenciais responsabilidade de tomada de decisão, de exercício de poder, nas dimensões técnica, administrativa e política. Segundo Testa (1992), o poder técnico é a capacidade de

⁴ Estes conceitos serão trabalhados na segunda parte deste projeto.

gerar, aceder, lidar com a informação; o poder administrativo é a capacidade de se apropriar e distribuir recursos e o poder político é a capacidade de mobilizar grupos sociais em demanda ou reclamação de suas necessidades ou interesses.

Considerar o poder que cada ator acumula e coloca em ação, repensar e rever as relações de poder estabelecidas no processo de trabalho, propondo formas alternativas de atuação, isso pode constituir canal para se pensar formas da gestão/gerência compartilhada/colegiada?

Para Mishima (1995), a ação gerencial é vista como um instrumento do processo de trabalho em saúde, que comporta a dimensão instrumental e a comunicativa, em que se fazem presentes os componentes técnico, político, comunicativo e de desenvolvimento da cidadania. Ancorada nesse entendimento, a autora aponta três pressupostos:

- caráter articulador e integrativo da ação gerencial, sendo determinada e determinante no processo de organização dos serviços de saúde e, portanto, um instrumento importante para a efetivação de políticas;
- a necessidade de íntima e indistinta integração da racionalidade instrumental e comunicativa na prática cotidiana;
- articulação permanente da atividade gerencial a um dado modelo assistencial (MISHIMA, 1995).

Nesse caminho, a mesma autora, ao pesquisar a gestão/gerência de serviços locais de saúde tendo como cenário a Saúde da Família, considera que a gestão/gerência pode ser tomada como:

1. instrumento com potência para desencadear no conjunto dos trabalhadores um **processo de reflexão e revisão de sua prática** que encaminhe para a **adesão e comprometimento** a um **processo de produção de cuidados à saúde** (*grifo nosso*) e não de cumprimento de tarefas fragmentadas centradas no desenvolvimento de procedimentos isolados.

2. potente ferramenta de ação para a **construção de subjetividades singulares** no processo de trabalho em saúde, ou seja, tem a potência de **recriar o trabalho pela ação específica dos trabalhadores de saúde** (*grifo nosso*) na direção de uma ação que se volte à defesa do usuário que busca a atenção à saúde às equipes de Saúde da Família (MISHIMA, 2003, p.29).

Nessa dimensão, a gestão/gerência passa a ser não apenas a instância responsável pelo planejamento, organização, coordenação e controle, mas também pela mobilização e pelo comprometimento dos trabalhadores na organização e produção de serviços que atendam, de fato, às necessidades de saúde da população, como também pela interlocução com o conjunto dos movimentos de implementação do SUS (CECIM 2002, BERTUSSI; MISHIMA 2003).

A direcionalidade apontada pela SMHS do município de Marília, em relação ao modelo de atenção e ao processo gerencial se aproxima dos métodos e teorias apontados acima, pois entende que a prática gerencial deva estar pautada na racionalidade técnica, política, comunicativa a fim de que se efetive as políticas definidas. A SMHS do município aposta na construção de unidades de saúde que se desenvolvam com base em equipes, com menos hierarquia, com responsabilidade compartilhada em um equilíbrio de poder dinâmico (MARÍLIA, 2002).

Porém, percebe-se que a gerência nas Unidades de Saúde da Família do município não é participativa, nem é descentralizada, restringe-se ao desenvolvimento de atividades burocráticas realizadas pelos que “comandam” (profissionais de nível universitário – enfermeiro, médico e dentista), sendo tomada como um instrumento de disciplina e controle. Dessa forma, a gestão/gerência não pode ser considerada como uma potente ferramenta para imprimir direcionalidade ao processo de trabalho em saúde na realidade deste município. Esse se constitui, assim, o pressuposto da presente investigação.

Esses aspectos, ao analisarmos a experiência do município de Marília, na parceria academia e serviços de saúde, remetem a uma aproximação aos achados do estudo de Mishima (2003), realizado no município de Ribeirão Preto-SP, sobre a gerência em Unidades de Saúde da Família:

- É ausente uma ação sistematizada para utilização do diagnóstico de saúde da comunidade, planejamento e avaliação pelas equipes de Saúde da Família.
- O planejamento ainda é realizado focalizado na demanda do Agente Comunitário de Saúde - ACS, numa ação bastante pontual, muito mais voltada para o problema clínico do usuário ou da família sendo ainda distante a busca de uma ação voltada para a população residente no território, buscando alargar as ações de proteção e promoção à saúde.
- Os trabalhadores não compreendem a saúde e doença como um processo mais amplo que extrapola a dimensão biológica, ou seja, se restringem ao corpo adoecido e não entendem a saúde como direito de vida.
- O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) não é tomado pelos trabalhadores como um instrumento gerencial, é visto como mais uma tarefa a ser cumprida.
- Há dificuldades de articular ações para além do setor saúde, numa perspectiva intersetorial.
- Não há avaliação sistematizada do trabalho, do planejamento da equipe como uma instância necessária para reorganização do trabalho, definição de objetivos e metas assistenciais. A avaliação apresenta um sentido punitivo, e não alimenta o processo de tomada de decisão para o

processamento da atenção à saúde pela equipe, para a readequação do projeto assistencial.

Pensamos que essa forma de gerenciar não permite o desenvolvimento de ações coerentes ao projeto ético-político do SUS em seus princípios de universalidade, equidade, participação social e integralidade das ações. Assim, ainda prevalece a assistência individual, de caráter estritamente curativo e distante da perspectiva da integralidade, em unidades de saúde e domicílios em detrimento de ações de promoção e proteção da saúde em diferentes cenários assistenciais como equipamentos sociais e comunidade, considerando que a prática a ser construída deve ser pautada na indissociabilidade entre a clínica e a promoção da saúde, conforme aponta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

Portanto, não há produção de cuidado, que atenda às necessidades de saúde; produz-se, muitas vezes, desatenção, desrespeito (MERHY, 1998, 2002).

De certa forma, parece que o exercício da gestão/gerência, nas Unidades de Saúde da Família, não tem permitido adesão e compromisso dos trabalhadores de saúde; que há uma dificuldade desses trabalhadores se reconhecerem no trabalho, e no processo de construção de um projeto ético-político e assistencial na direção pretendida pelo SUS. Nesse cenário, corre-se o risco de o trabalho tornar-se penoso, não prazeroso; podendo a autonomia e a liberdade serem tolhidas.

Diante desse contexto, algumas indagações voltadas ao processo de gestão/gerência se fazem presentes:

- Quais são, o que fazem e como se constituem as instâncias de gerência /gestão nas USFs?

- Quais as brechas para que a gestão/gerência se constitua na direção assinalada pela SMHS de Marília e pela perspectiva do SUS?
- Como os trabalhadores da equipe de saúde percebem esta gestão/gerência?

As equipes de Saúde da Família têm vencido as barreiras impostas pelas concepções rígidas de estrutura que prevalecem na prática administrativa? Essa concepção rígida e estática da estrutura está fundamentada na cultura de ser possível, por meio do trabalho fragmentado, da hierarquia e da distribuição de autoridade, determinar comportamentos humanos uniformes e previsíveis e garantir o alcance dos objetivos organizacionais, conforme apontam Bertussi e Mishima (2003).

Assim, creditamos a esta investigação a possibilidade de contribuir para avaliação dos processos gerenciais, a qual deve permitir a busca, a criação, a recriação de tecnologias apropriadas ao desafio posto para a gestão/gerência na construção e consolidação do SUS. De acordo com Merhy (1997), mais do que questionar o que ocorre nos serviços de saúde a partir de um modelo “a priori” de processo de organização de trabalho em saúde, devemos desenvolver a capacidade de interrogar o que está acontecendo, possibilitando ao trabalhador “inventar” modos novos e singulares de realizar o trabalho em saúde em situações concretas.

1.3. Objetivos

Colocadas essas reflexões, o presente estudo tem por objetivo geral compreender o processo de trabalho gerencial nas Unidades de Saúde de Família, no município de Marília - SP.

Os objetivos específicos são:

- apreender as características tecnológicas do processo de trabalho em saúde – objeto, finalidade, modos de agir e tecnologias utilizadas – na perspectiva da prática gerencial;
- identificar e analisar a compreensão acerca do processo gerencial pelos trabalhadores da Saúde da Família;
- analisar a potência da gestão/gerência como ferramenta para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS na Saúde da Família.

2. APORTE TEÓRICO E O CAMINHO METODOLÓGICO

2.1. Processo de Trabalho em Saúde – momentos e conceitos de trabalho vivo e trabalho morto

O recorte estabelecido para essa investigação, ao buscar os espaços cotidianos onde se conforma o processo gerencial, leva-nos à opção de aproximarmos-nos do referencial da micropolítica do processo de trabalho em saúde defendido por Emerson Elias Merhy, sustentado pela categoria trabalho, em seus elementos teóricos, de Karl Marx e, as mediações empreendidas por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves que teorizam sobre processo de produção em geral e em saúde, respectivamente.

Merhy (1997), tomando Marx, entende que o trabalho não é compreendido somente em sua dimensão mais operativa, mas como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção. Nesse processo, há um movimento de produção e reprodução do homem enquanto ser essencialmente social e dinâmico, pois este não existe, não vive, não trabalha, não se reproduz senão organizado em grupos de homens, e que vão se transformando pelos contextos sociais no decorrer da história. Esses aspectos configuram duas dimensões do trabalho humano: a socialidade e a historicidade.

Outra característica presente no trabalho humano é a intencionalidade, ou seja, o produto que o homem realizará, antes de ser construído concretamente, já está pensado, já foi construído mentalmente. Esse processo direciona a finalidade de realizar o projeto pensado. Assim, o homem trabalha a partir de um “recorte interessado” do mundo, projetando-o para as atividades que irão compor o processo de trabalho responsável pela produção (MERHY, 1997).

Quando se aborda o trabalho em saúde, num primeiro momento, é necessário que possamos pensar em algumas de suas características. Trata-se de um trabalho com características especiais, uma vez que lida com uma produção imaterial e, essencialmente, com paradoxos (p.ex. vida e morte, dor e prazer), sendo marcado por algumas polarizações, que se mostram como desafios para sua superação: individual e coletivo, atenção preventiva/promocional e atenção curativa, trabalho fragmentado e trabalho em equipe.

Merhy (1997, 2002) reitera que o processo de trabalho em saúde é constituído por componentes que estão sempre presentes: o trabalho em si, o conjunto dos elementos que são tomados como matérias-primas, os que são utilizados como “ferramentas” ou instrumentos de trabalho. Ainda, para que ocorra a produção, faz-se necessário que esses componentes sejam articulados em torno da realização de um certo projeto que atenda a necessidades socialmente postas, projeto este mediado por um certo saber-fazer, um saber operante.

Ou seja, para juntar matéria-prima e ferramenta na direção da produção, é necessário, antes de tudo, ser possuidor de um certo saber tecnológico, que lhe permita dar, pela ação concreta de trabalhar e dentro de certa maneira organizada de realizá-la, formato de produto ao desenho imaginário que se tem em mente, expressando seu projeto. Esse saber é complexo e, em última instância, é uma parte fundamental do saber-fazer que, no processo de produção, está contido também na dimensão da organização do processo (MERHY, 1997).

Mishima et al (2003), corroborando com essa perspectiva, apontam que o objeto de trabalho em saúde será o homem, o homem portador de necessidades. Os meios/instrumentos de trabalho são representados pelos equipamentos – como máquinas, aparelhos, normas e estruturas organizacionais – pelos saberes

estruturados – como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo, o saber de enfermagem – além da força de trabalho para operar a transformação, e/ou atender às necessidades presentes na sociedade. O produto é o valor criado pelo trabalho, representa um valor de uso. Em se tratando da saúde, esse produto se dá em ato, é produzido em um encontro simultâneo entre o trabalhador, instrumentos e o usuário, isto é, o produto é imediatamente consumido no ato de sua produção.

[...] o usuário de um serviço vai atrás de um consumo de algo (as ações de saúde) que tem um valor de uso fundamental, caracterizado como sendo o de permitir que a sua saúde seja ou mantida ou restabelecida e, assim, a troca lhe permite o acesso a algo que para ele tem um valor de uso por produzir um “bem” – para ele com um valor de uso inestimável -, cuja finalidade é mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de caminhar na vida (MERHY, 1997, p.87).

Assim, na produção/consumo dos atos em saúde, temos a construção de um espaço interseção entre usuário e trabalhador. Merhy (1997, p. 87), a partir de Gilles Deleuze e Félix Guattari, apresenta o conceito de espaço intercessor e o emprega como o espaço de encontro entre o trabalhador e o usuário “que se produz nas relações entre ‘sujeito’, no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os ‘dois’ em ato e não têm existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inters se colocam como instituintes na busca de novos processos.”

Este espaço de encontro e de negociação se dá em ato, e é onde se manifestam necessidades (do usuário e do trabalhador), constituindo-se, portanto, em um espaço que sempre será singular, único, pois a cada encontro o mesmo trabalhador e o mesmo usuário estarão diferentes. É o espaço em que se processa o trabalho vivo em ato, em construção e troca permanente, com a utilização de tecnologias de relação.

Para Merhy (1997) o trabalho vivo é aquele que está em ação, em um certo “dando”, instituindo-se e pode tanto fazer uso do que está dado, instituído (trabalho morto), quanto, em uma certa medida, exercer com alguma “autonomia” sobre o que já está dado. Esse “auto-governo” estará marcado pela ação do seu trabalho vivo em ato sobre o que lhe é ofertado como trabalho morto e as finalidades que persegue.

Quanto ao trabalho morto, Mehry (1997, 2002) assim chama a todos aqueles produtos-meios que nele estão envolvidos – ou como ferramenta ou como matéria-prima – e que são resultados de um trabalho humano anterior, isto é, não existiam antes da sua produção como resultado de trabalho, anteriormente realizado. É chamado de morto no atual processo de trabalho porque, apesar de ser produto de um trabalho vivo, agora ele é incorporado como uma “cristalização deste trabalho vivo”.

2.2. A micropolítica do trabalho vivo em saúde: as tecnologias em saúde e a subjetividade

Como já explicitado, em se tratando do trabalho em saúde, esse se dá em ato, produzido em um encontro simultâneo entre o trabalhador e o usuário, mediado pelo uso de tecnologias do trabalho em saúde, sendo o produto imediatamente consumido no ato de sua produção.

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, teórico da Saúde Coletiva brasileira, traz contribuições importantes ao discutir o processo de trabalho em saúde, buscando uma outra compreensão de tecnologia. Segundo esse autor, não é possível pensar tecnologia fora dos processos de trabalho, ou seja “como tecnologia *nos* processos de trabalho” (MENDES GONÇALVES, 1994, p.125).

Desde quando saberes e equipamentos e suas formas de articulação nos processos de trabalho sejam tomados na perspectiva totalizante em que correspondem, a um só tempo, a arquitetura técnica desses processos, e as conexões socialmente determinadas que ligam seus agentes a dinâmica da reprodução social, a tecnologia deixa de ser o que é só nas aparências, uma opção entre várias possíveis, ainda que tomada por referência a motivações de ordem técnica e também a motivações de ordem econômica, política e social.

Assim, Mendes Gonçalves (1994, p. 126) está apontando que a tecnologia só adquire “sentido enquanto expressão conjunta das determinações internas e externas dos processos de trabalho”, reafirmando o que já foi dito, que não existe tecnologia fora dos processos de trabalho. Considera, ainda, que no trabalho em saúde, o saber e seus desdobramentos em técnicas materiais e imateriais, ao oferecerem sentido técnico ao trabalho, também “dão-lhe sentido social articulado” (p.127).

Sustentado na teorização do processo de trabalho em saúde de Gonçalves e em sua discussão de tecnologia, Merhy ressignifica o conceito de tecnologia. Assim, a noção de tecnologia que Merhy (1997, 2002) utiliza tem definição mais ampla do que é corriqueiramente traduzida, pois não a confunde de maneira específica com equipamentos e máquinas, já que também inclui como tecnologias certos saberes que são constituídos para produção de produtos singulares e mesmo para organizar as ações humanas nos processos produtivos, além de sua dimensão inter-humana.

Mostra a idéia de tecnologia não somente vinculada a equipamento tecnológico, mas também a de um certo fazer e a um ir fazendo que, inclusive, dão sentidos ao que será ou não “a razão instrumental” do equipamento.

O autor refere que o momento do trabalho vivo em si expressa de modo exclusivo o trabalho vivo em ato. Esse momento é marcado pela total possibilidade de o trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima.

Há processos produtivos nos quais o peso das dimensões que expressam o trabalho morto é maior que o do trabalho vivo, e há outros que se manifestam de modo contrário. Como exemplo do primeiro caso, um processo de trabalho morto centrado, cita a produção de uma máquina em uma metalúrgica, e como exemplo do segundo caso, um processo trabalho vivo centrado, a produção de uma aula ou dos atos de cuidar em saúde. Dessa forma, o processo de captura do trabalho vivo pelo trabalho morto, em certas produções, é diferenciado, ou vive-versa, permitindo imaginar situações em que o exercício do protagonismo/liberdade ou do protagonismo/reprodução se dão tanto na conformação tecnológica dos atos produtivos quanto nos modos de governá-los.

Para Merhy (2002, p.49)

o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente. O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades.

Como citamos anteriormente, o autor trabalha com uma concepção ampliada de tecnologia e as classifica em leve, leve-dura e dura. Sendo assim, encontramos estas tecnologias envolvidas no trabalho em saúde: **leves** – como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho, **leve-duras** – saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em

saúde, como a clínica, a epidemiologia, a administração e **duras** – equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais.

Merhy (1997, 2002) entende que a dimensão da organização e a do saber tecnológico não se comportam do mesmo jeito que a da matéria-prima e a da ferramenta, pois nelas o trabalhador real, que está fazendo o trabalho, tem um papel relevante. Sua história, suas habilidades, sua inteligência, sua capacidade inventiva, pode operar nessas situações de organizar os processos e de compor os saberes tecnológicos. Assim, em ambos os momentos do processo produtivo, o da organização e o do saber, há uma situação dupla: a presença de saberes – tanto tecnológicos quanto organizacionais, produzidos anteriormente e sistematizados, apreendidos pelo trabalhador e que expressam, então, trabalhos anteriores e se colocam como representantes do trabalho morto, mas que sofrem influência real do trabalhador concreto que está atuando e o seu modo de pô-los no ato produtivo, como representantes do trabalho vivo em ato.

Por isso, o autor aponta que nessas duas dimensões há uma combinação de trabalho vivo e morto, simultaneamente. O grau de liberdade dessa relação é um pouco mais favorável na dimensão do saber tecnológico em relação ao da organização, pois esta tende a ser mais estruturada, mais governada pelo pólo do trabalho morto.

Ainda, segundo esse autor, o trabalho vivo em ato opera com tecnologias leves como uma dobra;

de um lado, com um certo modo de governar organizações, de gerir processos, construindo seus objetos, recursos e intenções; de outro lado, como uma certa maneira de agir para produção de bens/produtos; sendo uma das dimensões tecnológicas capturantes que dá a “cara” de um certo modelo de atenção. (MERHY, 2002, p.50)

Portanto, para o autor, a fim de compreender os modelos tecnológicos e assistenciais, deve-se tomar como eixo analítico vital o processo de efetivação da

tecnologia leve e os seus modos de articulação com as outras, considerando o projeto político assistencial em curso.

Há situações em que o processo de trabalho é dominado pela tecnologia dura e/ou leve-dura, ou seja, o trabalhador de saúde valoriza mais o instrumento que possui, do que a atitude acolhedora que pode e deve ter em relação ao usuário, enquanto realiza o atendimento. Isso significa que a relação, o diálogo e a escuta foram colocados em segundo plano, para dar lugar a um processo centrado no formulário, protocolos, procedimentos como se esses fossem um fim em si mesmos. Essa mesma situação pode ser vivenciada nos processos mais específicos da gerência de serviços.

Para Merhy (1997, 2002), e por nós compartilhado, o referencial da micropolítica do trabalho vivo em ato nos permite duvidar, analisar e revelar – por dispositivos interrogadores – o sentido e a direcionalidade (intencionalidade) do processo de trabalho em saúde e os seus modos de operar cotidianamente os processos produtivos. Esse movimento é fundamental, tendo em vista a necessidade de alterar o modo de se trabalhar em saúde sob uma perspectiva analisadora, pautada pela ética do compromisso com a vida e expressa em ato nas dimensões assistenciais do trabalho vivo em saúde, como relação de acolhimento, a criação do vínculo, a produção da resolubilidade e a criação de maiores graus de autonomia, no modo das pessoas andarem a vida.

2.3. Pensando os processos de gestão/gerência

Na organização do trabalho em geral, as teorias administrativas tratam de planejamento, organização, direção e controle das atividades diferenciadas pela divisão do trabalho, o que ocorre dentro de qualquer organização, sendo que, ao

fazê-lo, a administração busca a condução racional das atividades (MISHIMA et al, 1997).

Historicamente, pautada na administração científica, cabe a gerência em saúde o papel de controlar e regulamentar o trabalho, por normas administrativas e com padronizações técnicas. A crítica formulada a essa abordagem é que se retira do trabalhador a responsabilidade pela criação autônoma e desregulamentada, necessária para assegurar a qualidade em saúde (CAMPOS, 1997).

Campos (1997) afirma que podemos verificar a impossibilidade desse controle total, pois os trabalhadores operam com suas subjetividades, com seu autogoverno, conseguindo burlar normas e trabalhar de acordo com sua própria consciência. Essa autonomia, porém, não tem sido usada para construir projetos terapêuticos eficazes e em defesa da vida dos usuários.

Novas técnicas gerenciais criadas pelas Teorias da Administração das Organizações, supostamente potentes para lidar com os trabalhadores pouco produtivos e alienados, têm se mostrado insuficientes para erradicar o desinteresse, a alienação, o agir mecânico e burocratizado (CAMPOS, 1997). Esse autor assinala que o algo mais é um pouco mais complexo do que uma simples tecnologia de gestão/gerência; há necessidade de instituir novas formas de governar os serviços públicos.

O autor aposta na reordenação da distribuição de macro e micropoderes, ou seja, na criação de sistemas de gestão que permitam combinação de diretrizes consideradas como antagônicas, como a centralização e descentralização; autonomia da base e responsabilidade com objetivos gerais da instituição; planejamento de metas e flutuações de demanda. Esse processo, porém, exigiria

uma flexibilidade doutrinária e operativa, um grau de democracia, de distribuição de poder que não fazem parte da nossa cultura (CAMPOS, 1994).

Nessa direção Campos (1994) afirma que é possível revolucionar o cotidiano, ao se trabalhar com o pressuposto de que os mecanismos de dominação/exploração, os micropoderes, podem ser questionados durante a organização ordinária e comum da vida das instituições, sem que se tenha alterado o esquema mais geral de dominação no nível do Estado, da sociedade política e do mundo da produção. Ou seja, a instituição de novas relações dependeria de sujeitos capazes de gerir seu cotidiano, considerando potencialidades e limites para a mudança, em um contexto de determinações histórico-estruturais.

O autor conclui, apostando:

[...] que o viver cotidiano não precisa ser aquele da repetição, da renúncia à autonomia e ao desejo; [...] que o trabalho pode ser um espaço para a realização profissional, para o exercício da criatividade, um lugar onde o sentir-se útil contribua para despertar o sentido de pertinência à coletividade, transcendendo o papel tradicional do trabalho que é do de, quando muito, assegurar a sobrevivência e um determinado nível de consumo. Uma via para transcender a alienação social. Uma possibilidade em aberto (CAMPOS, 1994, p.67).

Ao trabalhar a temática da micropolítica do trabalho vivo em saúde, Merhy (1997) nos proporciona possibilidades sobre a gestão/gerência do cotidiano em saúde, conforme aponta Campos (1997). Essa perspectiva nos remete a transitar da produção e cristalização da organização do trabalho em saúde a processos de mudanças, que se caracterizam por novos espaços de ação e novos sujeitos coletivos, bases para redirecionar o sentido do cuidado de saúde (MERHY, 1999).

Dessa forma na micropolítica do processo de trabalho, o trabalho está sempre em aberto, ou seja, passível de ser analisado por seu sentido e a maneira

como está sendo gerido pelos trabalhos vivos que se cristalizam a fim de inventar novos processos de trabalho. Isso ocorre na medida em que se abrem fissuras nos processos instituídos, em que a lógica do processo de trabalho, bem como sua finalidade são postas em xeque, incluindo a forma com que está sendo gerida pelos trabalhos vivos precedentes que se cristalizaram.

Nesse sentido, Merhy (1997, p. 101) aposta

na possibilidade de se constituir tecnologias da ação do trabalho vivo em ato e mesmo de gestão deste trabalho que provoquem ruídos, abrindo fissuras e possíveis linhas de fuga nos processos instituídos, que possam implicar a busca de processos que focalizem o sentido da “captura” sofrido pelo trabalho vivo e o exponham às possibilidades de “quebras” em relação aos processos institucionais que o operam cotidianamente.

Na perspectiva de gestão colegiada, Campos (1997) afirma que o desafio estaria na adequada combinação de autonomia profissional com certo grau de responsabilidade para os trabalhadores. Não haveria uma combinação aprioristicamente ideal, mas deveríamos buscar, em cada contexto, arranjos singulares articulados ao projeto político assistencial em curso.

2.4. Caminho Metodológico

2.4.1. Natureza da Investigação

A fim de responder às questões norteadoras deste estudo - Quais são, o que fazem e como se constituem as instâncias de gerência /gestão na USF? Quais as brechas para que a gerência se constitua na direção assinalada pela SMHS de Marília e na perspectiva do SUS? Como os trabalhadores de saúde percebem esta gerência? - propomos-nos a trabalhar na abordagem qualitativa.

Essa opção se dá em função de entender que a mesma permite trabalhar o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos

sociais: tanto interpretar as interpretações e práticas quanto as interpretações das práticas, conforme apontam Deslandes e Assis (2003).

Minayo (1996) afirma que a abordagem qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais; sendo que essas últimas são tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, preocupando-se, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Um estudo desta natureza trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004).

Assim, ao considerarmos o pressuposto dessa investigação que toma a gerência nas Unidades de Saúde da Família do município de Marília como não participativa, centralizada, restrita ao desenvolvimento de atividades burocráticas, instrumento de disciplina e controle, apresentando limites para ser considerada como uma potente ferramenta para imprimir direcionalidade ao processo de trabalho em saúde na realidade deste município, focamos uma realidade específica, em um contexto sócio-político cultural e organizacional também específico.

Ao tomar o espaço do município de Marília, tratamos com sujeitos se constituem e se produzem neste local, fruto das relações aí engendradas, sendo esse mais um aspecto ao ser considerado na opção pela abordagem qualitativa. Nessa direção, Deslandes e Assis (2003) afirmam que

[...] o conhecimento é produzido numa interação dinâmica entre sujeito e objeto do conhecimento e que há um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e (inter)subjetivo dos sujeitos. A pesquisa qualitativa ocorre num “*setting* natural” (não construído pelo pesquisador), envolvendo a observação de situações reais e cotidianas; trabalha a construção não estruturada dos dados (sem hipóteses feitas previamente) e busca o significado da ação social segundo a ótica dos sujeitos pesquisados (Silverman, 1995), (DESLANDES; ASSIS, 2003, p. 199).

2.4.2. Definição do Campo da pesquisa – apresentando o município de Marília

No desenvolvimento da pesquisa qualitativa, o trabalho de campo é essencial. Com base em Minayo (1996), tomamos campo de pesquisa como o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir de concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação.

Cruz Neto (2004) refere que o trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com o que optamos por conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade do presente campo.

O espaço do presente estudo, portanto, será o município de Marília, que está situado no Centro Oeste do Estado de São Paulo, a uma distância de 376 Km, em linha reta, da Capital do Estado, com uma população, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2002), de 204.956 habitantes. Apresenta uma taxa de urbanização de 93,4%. Sua área é de 1.194 Km², sendo 42Km² de área urbana.

Marília destaca-se no segmento industrial com produção de alimentos, abrigando empresas de grande porte. Além do ramo alimentício, o município possui indústrias dos mais variados ramos.

O município conta com estabelecimentos comerciais, sendo considerado nesse segmento, um centro polarizador, pois apresenta grande variedade e quantidade de produtos, além de representar grande expressão econômica.

Em relação ao setor saúde, o município de Marília é habilitado em junho de 1998 à forma de Gestão Plena do Sistema de Saúde, segundo a NOB 01/96. Mantém convênios de parceria na assistência à saúde com cinco entidades filantrópicas (ambulatórios e hospitais) desde 1999, favorecendo a articulação com a atenção secundária e terciária, permitindo garantir um sistema de referência mais resolutivo para a rede básica.

O controle dos agendamentos de consultas médicas especializadas e exames de apoio diagnóstico e terapias especializadas bem como das internações eletivas, vem sendo executado por uma Central de Vagas Eletivas, o que vem permitindo a regulação do sistema.

Em 2002, iniciam-se as discussões a respeito da implantação da Norma de Assistência à Saúde - NOAS/2002, visando contribuir para o processo de regionalização e hierarquização do Sistema Loco-Regional, considerado um dos nós críticos identificados na consolidação do SUS no município.

O modelo de atenção à saúde vem sendo reorientado pela SMHS no sentido de uma transformação progressiva para o modelo da Saúde da Família. Assim, no Projeto Municipal de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF (2003), a situação desejada consiste em:

- Qualificar a atenção prestada à população, pela conversão do modelo de atenção vigente para a Estratégia de Saúde da Família. Com o PROESF, a meta a ser alcançada é de 70% da população coberta pela Estratégia. As

USFs deverão constituir-se na porta de entrada do sistema de saúde local, possibilitando a reorganização dos demais níveis.

- Garantir o acesso a todos os níveis de atenção, efetivando a regionalização e hierarquização pela implantação da NOAS, garantindo acesso a todos os níveis de atenção do SUS loco-regional. O município realizou adesão ao Piso de Atenção à Saúde (PAB) ampliado e está articulando com o gestor municipal para implantação da NOAS.
- Aumentar a capacidade de gestão do Município pela Reestruturação Técnico Científica da SMHS. Com o PROESF, estabelece-se que deverá ser elaborado um projeto de reestruturação organizacional, administrativa, técnica e jurídico-legal do sistema de saúde local.
- Ampliar a integração dos serviços do SUS, com garantia de atendimento aos problemas de saúde relevantes da população, buscando equidade, qualidade e sustentável relação custo-efetividade na prestação do cuidado, pela da implementação de instrumentos de organização e avaliação do sistema de referência e contra-referência.
- Aumentar a capacidade de planejamento e programação em saúde, pela do monitoramento contínuo junto às equipes e à população, avaliando a satisfação dos usuários e o desempenho das equipes.

O município conta com o Conselho Municipal de Saúde de Marília – COMUS, órgão colegiado máximo, exerce função de caráter deliberativo, normativo, fiscalizador e consultivo, tendo por objetivo o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da política municipal de saúde.

Segundo Marília (2006), a Rede Básica, composta pelas unidades de Saúde, bem como pelos Serviços de Apoio e Referência do município, está constituída por:

- 28 Unidades de Saúde da Família – USF;
- 12 Unidades Básicas de Saúde – UBS (100% PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde);
- 03 Serviços de Pronto Atendimento;
- 01 Policlínica de especialidades
- 01 Banco de Leite Humano;
- 01 Equipe do Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar (PROIID);
- 01 Unidade de Prevenção e Educação em Saúde - UPES;
- 01 Centro de Referência em Vigilância de Moléstias Infeciosas – DST/AIDS
- 01 Centro de Atendimento Psicossocial -CAPS;
- 01 Centro de Atendimento a Obesidade Infantil de Marília – CAOIM;
- 01 Centro de Especialidades Odontológicas - CEO;
- 01 Serviço de Assistência Social – Serviço Social em Saúde;
- 01 Núcleo de Educação Permanente – NEPEM;
- 01 Unidade Central de Assistência Farmacêutica – UCAF;
- 01 Unidade Municipal de Fisioterapia
- 01 Farmácia de Manipulação – Fito-Saúde
- 01 Unidade Central de Esterilização de Materiais - UCEM
- 01 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU – 192

O Município constitui-se em um Centro de Referência Regional para Cirurgias Cardíacas, Ortopédicas e Traumatológicas e Oncológicas. Integram a Assistência Hospitalar do SUS-local: 04 hospitais Filantrópicos (sendo 02 especializados, 01 geral, 01 psiquiátrico), Hospital Universitário (Hospital das Clínicas Unidade 1 e 2 da Famema).

Essa atenção conta ainda com o Hospital Universitário da Universidade de Marília – UNIMAR, que não está integrado à rede de saúde SUS.

Fonte: Relatório de Gestão do município de Marília-SP, 2006.

Figura 1 – Rede de atendimento de Saúde do município de Marília – SP.

2.4.3. O cenário da pesquisa - as Unidades de Saúde da Família

Segundo o relatório de gestão de 2003, as USFs, juntamente com as UBSs constituem, para sua área de abrangência, porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde. Está estabelecido que cada unidade é responsável pelos riscos e agravos à saúde que ocorram em sua área, devendo ser capaz de identificar os problemas de saúde mais relevantes, como também planejar e executar as ações para seu enfrentamento. Ainda, deve se articular com os equipamentos sociais, tais como escolas, creches, asilos, igrejas, etc., localizados em sua área de abrangência.

As USFs e as UBSs assumem a responsabilidade de acolher a demanda espontânea, prestando pronto-atendimento às intercorrências clínicas –

intercorrências agudas de pacientes acompanhados ou não pelos programas de saúde da unidade, atendimento a urgências de pequena e até mesmo de média complexidade (MARÍLIA, 2003).

As 28 (vinte e oito) USFs e as 12 (doze) UBSs estão distribuídas em quatro regiões do município de Marília, da forma descrita a seguir:

- **Região Norte:** 11 USFs (sendo 02 USFs que atendem a 2 distritos⁵) e 04 UBSs
- **Região Sul:** 11 USFs (sendo 01 USF que atende a 2 distritos) e 03 UBSs
- **Região Leste:** 03 USFs (sendo 01 USF que atende a um bairro do município e 1 distrito) e 01 UBSs
- **Região Oeste:** 03 USFs (sendo 01 USF que atende a um bairro do município e 1 distrito) e 04 UBSs

Em cada USF, está alocada uma equipe de saúde constituída por 01 (um) enfermeiro, 01 (um) médico, 01 (um) dentista, 02 (dois) auxiliares de enfermagem, 05 (cinco) a 06 (seis) agentes comunitários de saúde, 01 (um) auxiliar de consultório dentário, 01 (um) auxiliar de serviços gerais.

O horário de funcionamento das USFs é das 7 às 17 h diariamente, de segunda a sexta-feira, sendo que uma vez, a cada quinze dias, estas unidades realizam atendimento noturno, das 18 às 21 h.

As unidades de saúde das regiões norte e sul estão localizadas em áreas de abrangência de médio e alto risco para a saúde da população.

A fim de justificar a escolha das USFs que constituem objeto de estudo, apresentamos uma caracterização das unidades de saúde que compõem a rede de atenção no município de Marília, segundo algumas variáveis de interesse, quais

⁵ Os Distritos estão ligados ao município de Marília e distam em média 30km, apresentando estrutura administrativa – subprefeitura - ligada à Prefeitura Municipal de Marília.

sejam, população adscrita, adesão à estratégia de Saúde da Família, tempo de instalação, indicação da equipe gestora da Secretaria de Saúde, equipe de saúde atuando há mais de 1 ano, área de risco, inserção da Famema junto à unidade. Quanto ao controle social, a equipe gestora referiu que todas unidades estavam realizando reunião com a comunidade mensalmente. Cabe, ressaltar ainda, que, dentro dos critérios considerados, foram excluídas as unidades de saúde localizadas fora do perímetro urbano do município de Marília.

Em relação à população adscrita, utilizamos o Relatório de Gestão da Secretaria da Saúde, realizado em 2004 (MARÍLIA, 2004), pois neste período levantou-se o número de prontuários ativos para estabelecer a adesão à estratégia Saúde da Família. Solicitamos da equipe gestora a indicação de USFs para realização da pesquisa, definidas dez unidades de saúde entre as existentes.

Acreditando ser importante para o estudo, o tempo de inserção da equipe de saúde na unidade, estabelecemos o tempo mínimo de 1 ano para a atuação do enfermeiro, médico e dentista na unidade selecionada.

Quanto à área de risco, utilizamos o Relatório de Gestão 2004, que elenca os bairros sob risco social. Esse dado é trabalhado pela Secretaria do Bem-Estar Social, que conta com as informações do SIAB e do Conselho de Segurança – CONSEG. Os critérios utilizados visavam as condições de vida, ou seja, dados de moradia, saneamento, situação de emprego, criminalidade e escolaridade. O dado para área de risco refere-se ao número de pessoas sob risco social.

A Famema mantém estudantes de graduação – Enfermagem e Medicina e Pós-graduação – Residência em Saúde da Família (enfermagem e medicina, desde 2003 e, atualmente, odontologia, serviço social, psicologia e fisioterapia) nas USFs das quatro regiões do município de Marília, com tendência a não se

inserir, a partir de 2007, na região oeste. Nessa região, está localizada a UNIMAR. Sendo assim, essa universidade terá como cenário de aprendizagem as unidades de saúde dessa região.

A Famema se insere nas USFs por meio da Unidade de Prática Profissional – UPP. Essa unidade educacional é desenvolvida na Saúde da Família nas 1^a, 2^a e 4^a séries de Enfermagem e Medicina. Nas duas primeiras séries os estudantes de Enfermagem e Medicina realizam a UPP juntos, portanto na mesma USF.

A seguir, apresentamos um quadro para demonstrar a caracterização das USFs segundo variáveis definidas.

USFs		População (12/2004)	Adesão ao Programa - Prontuários Ativos (12/2004)	Tempo de instalação da USF	Indicação Equipe Gestora	Equipe com mais de 1 ano na USF	Indivíduos sob risco	Inserção da Famema
REGIÃO NORTE								
1	AnizBadra/CésarAlmeida	3.304	77%	11/98	-	Não	-	UPP1 UPP4Med Residência
2	Figueirinha	2.055	85%	03/02	-	Não	-	UPP1 Residência
3	Jânio Jânio Quadros	3.376	72%	03/02	Sim	Sim	-	UPP1 UPP4Enf Residência
4	Julieta	2.700	84%	03/03	Sim	Sim	Sem informação	UPP2 UPP4Med
5	*Padre Nóbrega	3.057	98%	02/01	Sim	Sim	258	UPP1 Residência
6	Palmital	2.894	45%	09/03		Sim	-	UPP2 UPP4Enf Residência
7	Parque das Nações	3.272	95%	11/98	-	Não	572	UPP4Enf UPP4Med
8	*Rosália/Santa Helena	2.748	91%	11/98	-	Não	-	-
9	Santa Antonieta II	2.702	80%	09/03	-	Sim	sem informação	UPP4Med
10	Vila Barros	3.258	84%	03/02	Sim	Sim	1602	UPP1 Residência
11	Vila Nova	2.902	43%	09/03	Sim	Sim	-	UPP2 UPP4Med Residência

REGIÃO SUL								
12	CDHU	2.450	98%	12/99	Sim	Sim	-	UPP1 UPP4Med Residência
13	Jardim Marajó	3.033	58%	09/03	Sim	Sim	309	UPP2 UPP4Enf UPP4Med Residência
14	Jóquei Clube	-	-	03/05	-	Sim	-	UPP4Enf UPP4Med
15	*Lácio/Amadeu Amaral	2.134	85%	03/02	-	Sim	-	UPP1 Residência
16	Parque dos Ipês	2.502	79%	09/03	-	Não	-	UPP2 Residência
17	Santa Augusta	2.416	81%	09/03	Sim	Sim	-	UPP2 UPP4Med Residência
18	Santa Paula	2.752	77%	09/03	Sim	Não	331	UPP2 UPP4Enf UPP4Med Residência
19	Toffoli	2.911	73%	09/03	Sim	Sim	398	UPP4Enf UPP4Med Residência
20	Três Lagos	-	-	03/05	-	Sim	-	2006 Unimar 2007 Famema
21	Vila Hípica	2.700	92%	09/03	-	Sim	-	UPP2 Residência
22	Vila Real	3.073	92%	12/99	-	Sim	228	UPP1 UPP4Enf Residência

REGIÃO LESTE								
23	Aeroporto	3.323	56%	09/02	-	Não	-	UPP2 Residência
24	Altaneira	2.915	62 %	08/03	-	Sim	122	UPP1 Residência
25	*Novo Horizonte/Dirceu	2.660	67%	11/04	-	Sim	-	UPP1 UPP4Enf Residência
REGIÃO OESTE								
26	*Avencas/Flamingo	1.849	81%	11/98	-	Sim	-	Unimar
27	Jardim Cavalari	2.807	96%	12/99	-	Sim	147	2006 UPP2 UPP4Enf Residência 2007 Unimar
28	Jardim Marília	-	-	03/05	-	Não	-	Unimar

* Estas unidades de saúde estão localizadas em Distritos pertencentes ao município de Marília.

QUADRO 1 – Distribuição das Unidades de Saúde da Família segundo critérios de inclusão para o desenvolvimento da pesquisa. Marília, 2006

Tomando o conjunto das unidades, segundo os critérios de inclusão definidos para essa pesquisa, selecionamos como cenário da pesquisa as unidades USFA e USFB uma vez que atendem ao conjunto dos critérios definidos, e estão localizadas na mesma região.

2.4.4. Os sujeitos e a técnica de coleta de dados

Em setembro de 2006, negociamos junto à equipe gestora do município de Marília, a autorização para o desenvolvimento da pesquisa junto às unidades de saúde selecionadas, segundo critérios pré-estabelecidos. A autorização do contato com as unidades se deu outubro de 2006. Nesse mês, conseguimos anuência das equipes para o desenvolvimento do trabalho. Assim, iniciamos a coleta de dados, utilizando para captação do empírico a entrevista semi-estruturada, sendo que a coleta de dados se estendeu da segunda quinzena de outubro até a primeira quinzena de janeiro de 2007. As entrevistas foram gravadas em MP3 e, posteriormente, transcritas. Foram entrevistados vinte e quatro trabalhadores, onze na USFA e treze na USFB.

De forma a garantir o sigilo dos trabalhadores, sujeitos dessa investigação, esses foram identificados com siglas abaixo relacionadas no Quadro 2.

Categoria profissional	Sigla
Agente Comunitário de Saúde	ACS
Atendente de Consultório Dentário	ACD
Auxiliar de Enfermagem	AE
Auxiliar de Serviços Gerais	ASG
Dentista	DEN
Enfermeira	ENF
Médico (a)	MED

QUADRO 2 - Identificação dos trabalhadores de saúde entrevistados. Marília, 2007

Assim cada sujeito será apresentado pela sigla de sua categoria profissional, em numeração subsequente, bem como a Unidade de Saúde da Família em que trabalha. Ou seja, USFA ENF1, USFB ENF2, para os enfermeiros, por exemplo.

2.4.4.1. Entrevista

A entrevista como técnica do trabalho de campo está definida na direção apontada por Minayo (1996), que afirma que a entrevista privilegia a obtenção de informações por meio da fala individual, a qual revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e transmite, por um porta-voz, representações de determinados grupos.

Para Haguette (2005), a entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado. As informações são obtidas por meio de um roteiro de entrevista em que consta uma lista de pontos ou tópicos previamente estabelecidos de acordo com uma problemática central a ser seguida.

O fato de não crermos que a ciência tenha sido historicamente neutra, não nos convence de que a objetividade como um ideal não deva ser perseguida. Estamos cientes de que a objetividade é um ideal inatingível, mas que, mesmo assim, o cientista deve tentar uma aproximação. Ainda que não acreditamos que o real possa ser captado “como num espelho”, assumimos a postura relativista de que fazemos “leituras” do real. Essa postura não nos exige de dedicar atenção a todas as possíveis limitações inerentes ao método científico nas ciências sociais porque nos parece que é a partir da aceitação de cada limite do método que o cientista social pode ter condição, também, de entender os limites do dado que ele colhe do real. Segue-se daí que o viés é um fenômeno universal e que é tarefa do pesquisador

conhecê-lo em todas as suas nuances para poder prevenir – quando for possível – sua ocorrência (HAGUETTE, 2005).

Dentre as diferentes abordagens para realização de entrevista, optamos pela semi-estruturada na qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, a partir do foco principal proposto pelo investigador; ao mesmo tempo que permite respostas livres e espontâneas do informante, valoriza a atuação do pesquisador. As questões elaboradas para a entrevista devem ser norteadas pelo referencial teórico da investigação e pelas informações que o investigador tiver recolhido sobre o fenômeno social (TRIVIÑOS, 1987).

O instrumento que norteia a entrevista visa possibilitar apreender a representação dos trabalhadores de saúde das USFs selecionadas em relação ao processo gerencial, sendo elaborado a partir do estudo de Mishima (2003). As entrevistas foram realizadas com todos os trabalhadores da equipe de Saúde da Família, pela própria pesquisadora, que também foi responsável por sua transcrição. Em anexo, encontra-se o roteiro utilizado como norteador da entrevista (APÊNDICE A).

2.4.5. Procedimentos éticos e autorização legal

O Projeto de Pesquisa foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da Famema e da SMHS do município, sendo aprovado em agosto de 2006 (ANEXO I).

Os princípios éticos nortearam o estudo, durante todo seu desenvolvimento, garantindo os direitos dos sujeitos envolvidos. Esses foram convidados a participar da investigação, momento em que foram expostos os objetivos, a metodologia e a relevância da mesma, conforme explicitado anteriormente. A autorização se deu mediante termo de consentimento (APÊNDICE B). Esse busca

garantir o anonimato, manter o caráter sigiloso das informações e o direito de não participação em qualquer momento.

2.4.6. Análise de Dados

A análise de dados tem três finalidades complementares: a) propõe uma atitude de busca a partir do material coletado; b) parte de hipóteses provisórias, informa-as ou as confirma e levanta outras; c) amplia a compreensão de contextos culturais com significações que ultrapassam o nível espontâneo das mensagens (MINAYO, 1996).

Segundo Minayo (1996) a expressão mais comum para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é Análise de Conteúdo, apresentando diferentes formas. No presente estudo, optamos pela vertente da análise temática.

Estamos tomando a análise de conteúdo, conforme compreende Bardin (1995, p. 42)

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Para essa autora a finalidade da análise de conteúdo consiste em

[...] Efectuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração (o emissor e seu contexto, ou, eventualmente, os efeitos dessas mensagens). O analista possui à sua disposição (ou cria) todo um jogo de operações analíticas, mais ou menos adaptadas à natureza do material e à questão que procura resolver [...] (BARDIN, 1995, p. 42).

A pré-análise consiste na fase de organização propriamente dita. Conforme assinala Bardin (1995), correspondeu a um período de intuições, mas que tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais de maneira a elaborar

um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Essa fase consiste em:

- **Leitura “flutuante”** - estabelecemos contato com as entrevistas por meio de leituras nos levando a impregnarmos-nos pelo seu conteúdo. A leitura vai possibilitando um certo ordenamento à medida que se instala uma dinâmica entre os pressupostos iniciais, os pressupostos emergentes e as teorias relacionadas ao tema.
- **Constituição do Corpus:** organizamos o material de tal forma que responde a normas de validade: exaustividade (contempla todos os aspectos levantados no roteiro); representatividade (contém a representação do universo pretendido); homogeneidade (obedece a critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas e interlocutores); pertinência (as entrevistas atendem ao objetivo do trabalho).
- **Formulação de Hipóteses e Objetivos:** determinamos a unidade de registro (frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a categorização e os conceitos teóricos mais que orientam a análise.

A exploração do material consiste em operações de codificação, ou seja, recortamos e agregamos os dados brutos do texto de forma a permitir uma representação do conteúdo. Hosti 1969, apud Bardin (1995, p. 103) refere que a codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição

exata das características pertinentes do conteúdo. Nesse processo, optamos por grafar, em negrito, os trechos das falas considerados significativos.

Os resultados obtidos foram tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos. Os quadros de resultados elaborados permitem condensar e colocar em relevo as informações obtidas pela análise possibilitando a elaboração de inferências e interpretações.

Assim, ao finalizarmos os procedimentos identificamos, quatro grandes temas: Concepção do trabalho na Saúde da Família; Organização do processo de trabalho; Trabalho em equipe na produção do cuidado; Relação equipe de saúde – usuário na produção do cuidado.

3. APRESENTANDO OS TRABALHADORES DE SAÚDE DAS UNIDADES INVESTIGADAS

Como já exposto anteriormente, foram entrevistados vinte e quatro trabalhadores, onze na USFA e treze na USFB. A USFA é composta por doze trabalhadores de saúde, uma enfermeira, uma dentista, um médico, duas auxiliares de enfermagem, cinco ACSs, um auxiliar de consultório odontológico e um auxiliar de serviços gerais. Somente uma ACS não foi entrevistada, pois encontrava-se de licença à saúde no período da coleta de dados. A USFB é composta por treze trabalhadores de saúde, uma enfermeira, uma dentista, uma médica, duas auxiliares de enfermagem, seis ACSs, um auxiliar de consultório odontológico e um auxiliar de serviços gerais.

Dos 24 (vinte e quatro) trabalhadores de saúde entrevistados, apenas dois (8%) pertencem ao sexo masculino, sendo um ACS e outro, médico.

Em relação à idade, dez (42%) trabalhadores de saúde estão na faixa etária de 25 a 30 anos, seis (25%) na de 31 a 35 anos, cinco (21%) na de 36 a 40, dois (8%) e um (4%) ACS com mais de 50 anos. Esse perfil etário se assemelha ao encontrado por Mishima (2003), que caracteriza os trabalhadores de saúde entrevistados em três equipes de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto. A autora refere que essa composição aponta para uma equipe “mais madura”, ou seja, é um grupo de trabalhadores que já teve a oportunidade de vivenciar outras experiências de vida e de trabalho, acumulando experiências profissionais e pessoais diversas, o que pode lhes proporcionar ferramentas “diferenciadas” para o trabalho na Saúde da Família (MISHIMA, 2003).

Dos dez ACS, oito (80%) possuem o 2º grau completo, sendo que, desses, dois (20%) trabalhadores de saúde desenvolveram o curso de técnico em enfermagem. Podemos verificar que os trabalhadores entrevistados apresentam grau de escolarização superior ao estabelecido pela Saúde da Família e acordado com os gestores municipais, uma vez que o requisito solicitado para o ACS é que o trabalhador “saiba ler e escrever”.

Quanto ao tempo na equipe temos 20 (83%) entrevistados há mais de dois anos na equipe. Somente uma trabalhadora está na USF por um tempo menor que um ano, no entanto trabalhou em outra unidade de Saúde da Família por dois anos. Dos 24 (vinte e quatro) trabalhadores, quatro (17%) possuem experiência anterior na rede básica de atenção. Em relação ao tempo de inserção na rede básica, tanto UBS e USF, notamos que os atendentes de consultório dentário, os auxiliares de enfermagem, as dentistas e os médicos estão nelas inseridos há mais de cinco anos.

No Quadro 3 são apresentados os dados referentes a sexo, idade, formação, tempo de trabalho na equipe e experiência anterior na rede básica de saúde dos trabalhadores das unidades que compuseram o cenário da presente investigação.

TRABALHADORES DE SAÚDE ENTREVISTADOS	SEXO	IDADE	FORMAÇÃO	TEMPO NA EQUIPE	EXPERIÊNCIA NA REDE BÁSICA
Agente Comunitário de Saúde	FEM	33 anos e 4 meses	2º Grau Completo Técnica em Enfermagem	2 anos e 9 meses	Não
Agente Comunitário de Saúde	FEM	26 anos e 10 meses	2º Grau Completo	4 anos	Não
Agente Comunitário de Saúde	FEM	34 anos e 2 meses	1º Grau Completo	4 anos	Não
Agente Comunitário de Saúde	MAS	28 anos e 7 meses	2º Grau Completo	2 anos	Não
Agente Comunitário de Saúde	FEM	41 anos e 11 meses	2º Grau Completo Técnica em Enfermagem	3 anos	Não
Agente Comunitário de Saúde	FEM	52 anos e 4 meses	2º Grau Incompleto Auxiliar de Enfermagem	2 anos	Não
Agente Comunitário de Saúde	FEM	28 anos e 6 meses	2º Grau Incompleto	3 anos e 3 meses	Não
Agente Comunitário de Saúde	FEM	37 anos e 3 meses	2º Grau Completo	5 anos	Não
Agente Comunitário de Saúde	FEM	25 anos e 7 meses	2º Grau Completo	3 anos e 6 meses	Não
Agente Comunitário de Saúde	FEM	27 anos e 11 meses	2º Grau Completo	3 anos e 6 meses	Não
Atendente de Consultório Odontológico	FEM	36 anos e 11 meses	2º Grau Incompleto	7 anos	Não
Atendente de Consultório Odontológico	FEM	42 anos e 2 meses	2º Grau Completo	5 anos e 5 meses	Sim
Auxiliar de Enfermagem	FEM	30 anos e 9 meses	2º Grau Completo Técnica em Enfermagem	6 anos e 6 meses	Não
Auxiliar de Enfermagem	FEM	37 anos e 7 meses	2º Grau Completo Técnica em Enfermagem	3 anos e 8 meses	SIM
Auxiliar de Enfermagem	FEM	27 anos e 2 meses	2º Grau Completo Técnica em Enfermagem	7 anos	Não
Auxiliar de Enfermagem	FEM	25 anos e 3 meses	2º Grau Completo	7 meses	Sim
Auxiliar de Serviços Gerais	FEM	25 anos e 3 meses	2º Grau Completo	1 ano e 8 meses	Não
Auxiliar de Serviços Gerais	FEM	38 anos e 1 mês	2º Grau Incompleto	1 ano e 2 meses	Não
Dentista	FEM	33 anos e 5 meses	Graduação	3 anos	Sim
Dentista	FEM	35 anos e 3 meses	Graduação	6 anos	Não
Enfermeira	FEM	33 anos e 9 meses	Especialização – Educação	2 anos	Não
Enfermeira	FEM	29 anos	Residência e Especialização – Saúde da Família	4 anos	Não

TRABALHADORES DE SAÚDE ENTREVISTADOS	SEXO	IDADE	FORMAÇÃO	TEMPO NA EQUIPE	EXPERIÊNCIA NA REDE BÁSICA
Médico	MAS	39 anos	Residência – GO Especialização e Mestrado – Educação Doutorando – Educação	6 anos	Não
Médica	FEM	33 anos e 4 meses	Residência – Clínica Médica Especialização – Saúde da Família	1 ano e 6 meses	Sim

QUADRO 3 – Caracterização dos trabalhadores de saúde das unidades de saúde investigadas segundo sexo, idade, formação, tempo na equipe, experiência na rede básica. Marília, 2006

É explícito, na fala dos ACS entrevistados, que o trabalho na Saúde da Família tem aparecido como uma opção de se vincular ao mercado de trabalho, pois se encontravam desempregados. Alguns referem gostar de trabalhar na área da saúde.

[...] eu mudei para cá, foi aberto um concurso e eu resolvi fazer, porque, na época, **eu estava desempregada** (ACS4, USFA).

Eu trabalhava no comércio, **gosto muito da área da saúde, acho uma área bonita, e por gostar mesmo, eu estava desempregada na época**, surgiu o concurso, me inscrevi, me classifiquei [...] (ACS1, USFA).

Eu prestei o concurso porque **eu tava desempregada**, e entrei. Ai eu **não tinha esperança, eu não conhecia a área da saúde**. Mas aí como apareceu o concurso, aí eu prestei, aí eu passei e entrei (ACS9, USFB).

Ah **eu tava desempregada, tinha terminado o segundo grau**, tava desempregada, antes eu trabalhei num escritório, aí eu sai do escritório, abriu o concurso, e fui, fiz aquela provinha e me chamaram quando eu estava desempregada, aí eu fui (ACS5, USFB).

Conforme aponta Mishima (2003), a Saúde da Família aparece como uma oportunidade de emprego para a maioria desses ACSs, mesmo sem saber exatamente o trabalho que iria ser desenvolvido e com qual finalidade. É uma oportunidade enquanto não aparece algo mais interessante, enquanto outra possibilidade não surge “[...] eu lembro que **eu não estudei, não me preparei**, mas assim, **acabei passando, mas era melhor do que o serviço que eu tava**. Ah porque eu trabalha em construção e eu não gostava muito” (ACS7, USFB).

A necessidade de se vincular ao mercado formal de trabalho levou uma auxiliar de enfermagem a se inserir como auxiliar de serviços gerais e, atualmente, pela “promoção” atua como ACS.

Ai **fiz a prova de serviços gerais passei** em primeiro lugar, fiz a entrevista e fiquei aguardando com um tempinho me chamaram. [...] me perguntar, **se eu queria passar pra agente tal**. Pra mim **tem tudo a vê comigo, porque a minha área é auxiliar de enfermagem** [...] (ACS 8, USFB).

Entre as quatro (quatro) auxiliares de enfermagem, três (75%) possuem a formação de técnico em enfermagem, entre essas, observamos que duas

trabalharam como ACS por um período longo e depois tiveram a oportunidade de serem promovidas para auxiliares de enfermagem.

Teve um processo seletivo e eu **entrei como agente comunitária**, depois fui promovida, fiquei dois anos como agente comunitária e **depois fui promovida pra auxiliar de enfermagem** (AE3, USFB).

Eu já cursava o curso de auxiliar de enfermagem. [...] eu procurei me entender do que era, foi aonde, **eu fiz a inscrição pro agente, porque eu não podia fazer pra enfermagem, pra auxiliar, porque ainda não tinha terminado**, concluído e aí eu fiz a inscrição (AE2, USFA).

Em relação às duas atendentes de consultório dentário, podemos identificar que uma possui o 2º grau incompleto, se inseriu como auxiliar de serviços gerais, pois estava desempregada “[...] foi assim **falta de opção porque eu sempre trabalhei num ramo diferente**. Como desenhista numa fábrica e aí eu parei de trabalhar porque engravidei [...] Aí eu fiz a inscrição, **passei por falta de opção mesmo**, e assim **porque eu tava precisando trabalhar**”. (ACD1, USFA). E a outra trabalhadora que possui o 2º grau completo se inseriu como ACS: “[...] Ai eu vim como agente comunitária, fiquei um bom tempo ainda, quase um ano, como agente comunitária, ai depois fui **promovida internamente pra ACD**” (ACD2, USFB).

Podemos perceber que os trabalhadores ingressaram na Saúde da Família por processo seletivo, após ingresso, tiveram a oportunidade de “promoção” a categorias profissionais almejadas, quando surgem vagas.

[...] Aí quando **eu chego pra fazer como agente**, aí quando eu cheguei lá, aí eu **vi que tinha de auxiliar de limpeza e a concorrência parecia que ser menor**, e eu falei assim ah! ‘eu **vou fazer de auxiliar de limpeza** porque eu gosto’ [...] não era assim um, escolhi assim aquela profissão assim, **eu tava desempregada e precisava de um trabalho**, então assim, aí eu fui vê, tem que entra [...] (ACS6, USFB).

Quanto às duas auxiliares de serviços gerais, podemos constatar que as trabalhadoras possuem escolarização superior à necessidade que esse trabalho exige, mas o desemprego levou-as a se inserirem nessa categoria profissional. Uma possui o 2º grau incompleto e está estudando, mas precisou do emprego: “No momento eu estava desempregada, aí eu vi o anúncio, me interessei, me inscrevi, passei por todos os

processos e aqui estou” (ASG1, USFA). E ainda, acrescenta: “Ah eu gosto, acho bom. **Pra mim é bom porque é daqui que eu tiro o meu sustento e para a população também, porque a população necessita de uma ajuda na área saúde**” (ASG1, USFA). A outra auxiliar de serviços refere que o trabalho na Saúde da Família levou-a a se interessar pela área da saúde. Está desenvolvendo o curso de auxiliar de enfermagem, um caminho para ascensão social. Almeja o curso universitário, mas por enquanto não possui condições financeiras.

[...] eu gosto de trabalhar aqui na unidade, tanto é que eu to procurando melhorar a função. **Fazendo o curso de auxiliar de enfermagem.** [...] Por que eu, assim, é interessante, você lidar com pessoas diferentes, lidar com um mundo diferente. Porque quando você não trabalha, porque eu não trabalhava, antes de vim pra cá, eu não trabalhava, então eu me vejo útil aqui, eu faço a limpeza, eu faço isso, eu faço agendamento, fico na recepção, me vejo útil. Então eu **tenho o propósito sim, de continuar na área da saúde, mas não na parte da limpeza, eu quero melhorar.** Então eu não sei, eu penso em fazer um concurso, mas não sei, são sei futuramente se der certo o curso de auxiliar, porque não uma faculdade (ASG2, USFB).

Percebemos que os trabalhadores não universitários se inseriram na Saúde da Família por falta de opção, por estarem desempregados, mesmo possuindo formação, todos com primeiro grau completo. Diferentemente desses, os profissionais universitários escolheram a Saúde da Família como local de trabalho. Alguns profissionais construíram a afinidade pela atenção básica desde a graduação:

[...] Já fiquei **sete anos trabalhando em saúde pública**, desde que me formei trabalhando em saúde pública, é a **área que escolhi**, é a área que eu gosto mesmo, então foi o que me ajudou bastante, e por isso acho que me escolheram [...] (Den2, USFB).

Porque quando eu estava no quarto ano de enfermagem **eu fiz um estágio de seis meses, que foi o meu primeiro contato com o Programa Saúde da Família [...]** **eu gostei muito do trabalho**, do trabalho em equipe, de como é desenvolvido o trabalho com a população e ai **eu escolhi**, porque hoje assim é a **coisa gosto e eu não mudaria de opinião hoje para fazer um outra coisa** (Enf2, USFB).

[...] **Ai vim pra cá no 4º ano, gostei da instituição tava tendo o Projeto UNI**, eu de alguma forma, o projeto UNI me induziu um pouco a trabalhar na equipe de capacitação de líderes estudantis, **eu era coordenador da capacitação de líderes estudantis e trabalhando sempre com saúde pública** [...] comecei a trabalhar com saúde da família E ai comecei e a gente fica meio doente com a saúde pública Você adoece de querer colocar o ideário do SUS em prática, e assim que eu me inseri. (Med1, USFA).

Os demais profissionais universitários demonstraram interesse pela Saúde da Família após a graduação.

Na época eu queria trabalhar em posto de saúde, aí depois que eu fui conhecer o Saúde da Família e essa época coincidiu de ter a prova também, só que não sabia ainda no começo, qual era a diferença de UBS e Saúde da Família, depois que a gente entra que a gente começa lê bastante coisa sobre o assunto. (Den1, USFA).

Eu nunca gostei de área básica, desde a faculdade, eu gosto sempre mais de área hospitalar, [...] aí quando eu vim pra cá, [...] fiquei uns meses, pensando, que tinha que arrumar um emprego, onde que vou trabalhar, aí quando fui fazer o processo seletivo, me deu vontade de conhecer, fui procurar um pouco na internet, vê como que é o Saúde da Família, todo mundo falava que era muito diferente, aí fui dá uma boa pesquisada, fui conversar pessoas que já trabalhavam, **me despertou interesse, então não tive mais vontade de ta voltando para a área hospitalar**, aí foi quando eu resolvi prestar o processo seletivo e entrei. (Enf1, USFA).

Não sei, eu gostei assim, **me identifiquei e sempre gostei muito de clinica médica** porque faz de tudo e eu acabei gostando. [...] **ele conseguiu emprego pra mim na Saúde da Família** [...] acabou virando. Foi meio destino (Med2, USFB).

Cabe destacar que dois trabalhadores de nível universitário apresentam formação específica em Saúde da Família. Em relação às enfermeiras, uma desenvolveu especialização na área de educação e a outra realizou residência e especialização na área da saúde coletiva. O médico está cursando doutorado na área de educação e a médica possui especialização na área de saúde coletiva. Podemos identificar um movimento de busca de qualificação para o trabalho.

O perfil dos trabalhadores de saúde nas unidades de saúde investigadas em relação à idade, sexo, formação e inserção na Saúde da Família se assemelham ao estudo sobre a avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos (BRASIL, 2002b). Ou seja: uma parcela significativa de jovens (até 31 anos) atuam na Saúde da Família, predominância feminina, escolaridade alta dos ACSs e a fixação na USF, aqui considerada permanência acima de um ano no serviço de saúde. Em relação à inserção na Saúde da Família, encontramos que os ACSs buscam na

estratégia a oportunidade de emprego, enquanto que os profissionais universitários, a possibilidade de trabalhar de forma mais próxima com os usuários do serviço de saúde. Aparece, também, no conjunto das falas dos trabalhadores de saúde, a expectativa de que a Saúde da Família é uma estratégia para operacionalizar os princípios do SUS, isto é, de transformação do modelo assistencial.

4. A GERÊNCIA NA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ao trabalharmos com a concepção de processo de trabalho, partimos da compreensão de trabalho enquanto um processo de transformação em que estão presentes duas idéias, mais gerais e abstratas que encaminham à delimitação desse conceito, que são as de ‘energia’ e ‘transformação’, conjugadas em um único processo (MENDES GONÇALVES, 1992).

Nessa direção Santos (1992, p. 52) afirma que “trabalho é designado como uma atividade que altera o estado natural (da natureza), transformando-o para melhor satisfazer suas necessidades de saúde”.

Tomamos essas afirmações para assinalar o caráter processual, intencional e histórico que o trabalho humano e o trabalho em saúde adquirem, pois, antes da realização do produto final, o homem projeta o que será produzido e o faz em um movimento de troca com outros homens e com o fruto de seus trabalhos, em um espaço e tempo determinados, utilizando para isso instrumentos adequados ao processo de trabalho instituído e à necessidade colocada para seu desenvolvimento (MENDES GONÇALVES, 1992, MERHY, 1997, MISHIMA et al, 2003; MISHIMA, 2003).

Essa discussão encontra-se articulada aos modos de produção das ações de saúde e assim, ao se falar de modelo assistencial, Merhy, Cecílio e Nogueira-Filho (1991) estão falando tanto da organização da produção de serviços de saúde a partir de um determinado arranjo dos saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas como estratégia política de determinados agrupamentos sociais.

A discussão de modelos faz, então, referências a duas situações: uma, que diz respeito mais ao aparato institucional utilizado para se organizarem as ações de saúde e outra, que fala sobre a configuração do que é tomado como problema de saúde.

Concebendo, desse modo, que os modelos assistenciais estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e uma tecnológica para expressar-se como um projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais, os autores os denominam modelos tecno-assistenciais.

Nesta perspectiva, Merhy, Cecílio e Nogueira-Filho (1991) referem que, ao analisar o modelo assistencial que orienta a organização da produção dos serviços de saúde de num determinado espaço e tempo, é preciso apreender o objeto das ações de saúde, os instrumentos/tecnologias necessários para a atuação e, por fim, os diferentes projetos em cena, em disputa.

Merhy e Franco (2003) afirmam que a mudança do modelo tecno-assistencial para a saúde depende menos de normas gerais e mais da produção cotidiana de atos de saúde, que se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho. Os autores referem que esta produção está associada, portanto, aos processos e tecnologias de trabalho e a um certo modo de agir para ofertar determinados produtos e deles obter resultados capazes de melhorar a situação de saúde do usuário, individual e coletivo.

Para Mishima et al (2003), a categoria trabalho contribui para a compreensão do processo de produção das ações de saúde, que consiste em uma finalidade, um objeto, instrumentos, processos e o sujeito dessa ação. Este processo está sustentado por uma concepção de homem, processo-saúde-

doença-cuidado, e esse projeto de ação se apresenta a partir de necessidades individuais e coletivas articuladas a processos políticos e estruturais.

Aqui trazemos nossa apreensão do processo de trabalho desenvolvido em duas Unidades de Saúde da Família, no município de Marília, São Paulo, construída a partir dos temas identificados no estudo:

- Concepção do trabalho na Saúde da Família;
- Organização do processo de trabalho;
- Trabalho em equipe na produção do cuidado;
- Relação equipe de saúde – usuário na produção do cuidado.

A análise e apresentação dos temas pautaram-se pela sua articulação à configuração teórico-metodológica que sustenta a presente investigação. Ou seja, os temas apresentam-se articulados ao objeto de trabalho na Saúde da Família e a projetos que sustentam esta prática em saúde, aos instrumentos e ao modo de agir no cotidiano do serviço e a constituição do processo de gestão/gerência. Outro aspecto importante, refere-se ao fato de a apresentação assumir esta configuração para fins meramente didáticos, uma vez que a realidade dos serviços de saúde apresenta-se de forma dinâmica e integrada, sendo que os aspectos aqui tratados conformam-se na ação de saúde de modo indissociado.

4.1. O objeto do processo de trabalho nas unidades de Saúde da Família – pensando o trabalho gerencial

Consideramos como objeto do trabalho em saúde o homem portador de necessidade, sendo que esse objeto guarda em si a potência do produto almejado, e dos instrumentos adequados à transformação desse objeto, ou seja, não será

qualquer instrumento de trabalho (as distintas tecnologias postas no trabalho e saúde), nem qualquer trabalhador que irá ser posto a atuar sobre esse processo.

Da mesma forma quando pensamos no trabalho gerencial em unidades de saúde, compreendemos ser essa uma ferramenta que direciona o processo de trabalho para a “produção de cuidados de modo ampliado, ou seja, não ficando restrita somente a atividades burocráticas e administrativas, possibilitando a formação e transformação das práticas sanitárias” (KAWATA, 2007, p.19). Ao fazermos tal afirmação, concordamos com a autora quando afirma que:

para o exercício da gestão é necessário conhecer as necessidades da população para que essas sejam supridas através de alternativas desenvolvidas por meio de capacidade estratégica, além de racionalidade administrativa e tomada de decisão (KAWATA, 2007, p.19).

Acrescentaríamos à afirmação da autora que nesse processo se faz presente ainda a necessidade de conhecermos como os trabalhadores de saúde, em seu trabalho cotidiano, tomam as necessidades expressas pelos usuários, na maioria das vezes, pela demanda de uma dor ou um agravo de saúde.

Assim, considerando esse quadro na análise do processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família, na perspectiva do trabalho gerencial, iniciamos pela apreensão de seu objeto. Entretanto, faz-se necessário apontar algumas questões em relação à configuração da Saúde da Família enquanto uma estratégia de fortalecimento da atenção básica no Brasil, e como esta se propõe a lidar com as questões inerentes ao processo saúde-doença e sua apreensão em objeto de trabalho.

A atenção básica no Brasil está explicitada, desde março de 2006, pela Portaria Ministerial nº 648, que define a Política Nacional de Atenção Básica e assim a define:

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, 2006, p.2).

A portaria, ao apontar as ações de saúde voltadas ao “sujeito em sua singularidade”, remete-nos a retomar a questão do objeto do trabalho em saúde que, para Fortuna (1999), é o homem na relação que estabelece com outros homens e com a natureza. Esta perspectiva é compartilhada por Matumoto, Mishima e Pinto (2001) que concebem

o homem como um ser social, em constante relação com outros homens e com seu meio, transformando-o e sendo transformado por ele, isto é, um protagonista da ação de saúde que se constrói. Este homem é, ao mesmo tempo, sujeito, ator social, protagonista e objeto da ação, aquele que se submeterá às intervenções. (MATUMOTO et al, 2001, p. 234).

O Programa de Saúde da Família (PSF) concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, nasce com o propósito de superação do modelo de assistência à saúde vigente, centrado na atenção curativa e hospitalocêntrica. Ou seja, é marcado pela atenção prestada majoritariamente em serviços de natureza hospitalar, focalizado em atendimentos médicos e centrado em uma visão biologicista do processo saúde-doença, voltando-se prioritariamente para ações curativas.

Gradativamente, marcada por determinações políticas, econômicas, ideológicas, a Saúde da Família vai perdendo o status de programa e ganhando o de estratégia de política pública. O ano de 1998 constitui o primeiro marco para essa transformação e, posteriormente, na Portaria nº 648, de março de 2006, essa questão fica explicitamente colocada, ao se definir a Saúde da Família como estratégia para fortalecimento da atenção básica (VASCONCELLOS, 1998; BRASIL, 2002a; MISHIMA, 2003).

Assim, já em 1998, o Ministério da Saúde aponta que a estratégia da Saúde da Família visa à reversão do modelo assistencial vigente, assim, faz-se necessário a mudança do objeto de atenção e da forma de atuação e organização dos serviços de saúde.

Essa perspectiva faz com que:

a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições devida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (BRASIL, 1998, p. 8).

É importante ressaltar que a explicitação de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença trazida na documentação do Ministério da Saúde, já se fazia presente em momentos anteriores à definição das políticas de saúde no Brasil e a movimentos internacionais como a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde – Alma Ata (Declaração..., 2001).

Nessa Conferência, que apresentou repercussões mundiais extremamente importantes na organização de sistemas de saúde de vários países, é apontada a ênfase na compreensão da “saúde como um direito humano fundamental, e que a obtenção do mais alto nível de saúde seria a mais importante meta social mundial,

cuja realização requereria a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” (CAMARGO-BORGES, 2007, p.57). A autora ainda assinala que a Organização Panamericana de Saúde, em 2002, subscreve documento reafirmando a fundamental importância desse conceito, chamando a atenção para a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde, reconhecendo que as políticas de desenvolvimento deveriam ser mais inclusivas visando à equidade em saúde (CAMARGO-BORGES, 2007).

No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco nacional para as transformações no sistema de saúde brasileiro, que são incorporadas na Constituição Federal, já discutia a ampliação do conceito de saúde-doença, sendo importante retomar a fala de Sérgio Arouca:

saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, a vestimenta, a educação, e, até informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um ambiente que não seja agressivo, mas que pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente, a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar o tempo todo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência do governo contra o seu próprio povo. Saúde é a possibilidade de trabalhar e ter acesso a terra (AROUCA, 1987).

Essa definição é incorporada, enquanto diretriz, na Constituição Brasileira, que aponta a saúde como um bem inalienável, ou seja, um direito advindo da condição de pessoa humana, portanto, assumindo o conceito de saúde como

um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva (BRASIL, 1988, p.9).

O SUS traz o desafio da construção de práticas de cuidado, sustentadas por uma “concepção do processo saúde-doença, considerando a dimensão histórica, social e relacional deste processo, tomando o homem como ser social, que se constrói em constantes relações com seu meio e com outros homens” (CAMARGO-BORGES, 2007, p.54). A autora continua afirmando a necessidade de uma ação que não se volte “apenas para o corpo biológico, mas para este homem que se produz e se reproduz na vida em sociedade, e que é marcado pela singularidade das relações que estabelece em contextos específicos [...]” (p.55).

Os trabalhadores, sujeitos dessa investigação, expressam o processo saúde-doença de maneira multifatorial, indicando que os usuários procuram o serviço para resolver problemas de saúde relacionados às diferentes dimensões desse processo, ou seja, biológica, psicológica e social. Portanto, a concepção de saúde/doença preponderante nas falas parece desarticular o processo viver/adoecer da produção social conforme apontam as políticas de saúde.

[...] Isso nós até fizemos a avaliação ontem da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde, muitas com queixas de depressão, **muitas com queixas de que na verdade, na hora que você vai ver a depressão, ela é muito mais uma depressão exógena, por conta do ambiente, por conta que o marido não tem emprego, por conta de que o marido é alcoolista.** Então não tem, às vezes ela somatiza. ‘Doutor eu to com **uma cólica insuportável** hoje’ Hoje eu atendi três com cólica menstrual. Então assim eu atendo muitas mulheres, muitas às vezes, **elas querem só conversar, desabafar, dor de cabeça** também sempre tem (Med1, USFA).

Geralmente são sempre a mesmas queixas assim, a maioria das vezes tem a queixa médica, que eles vem procurar, às vezes, as mulheres procuram por planejamento familiar e aí **a partir de uma queixa simples, que você começa a conhecer o individuo como um todo, porque dessa simples queixa, você faz o vínculo com a pessoa e ai você ai acaba descobrindo muito mais coisa**, muito mais, e, a pessoa vem, vem, ai, eu to sentindo as vezes uma simples dor de garganta, mas essa dor de garganta você **começa a ver “n” problemas, assim você que você vai ajudar essa pessoa, seja no relacionamento com os filhos, com o marido, na questão da educação, da higiene, da moradia**, enfim, eu acho que aí, é, a queixa às vezes, a principal, é uma queixa prá uma consulta médica, mas daí em si, você tem outros problemas por detrás (AE2, USFA).

Acho que é mais problema físico mesmo, problema de saúde mesmo. Coisa que deixou passar e agora chegou, porque a gente tem muito idoso na área, hipertenso, diabético, a gente trabalha mais com eles e com as gestantes, as crianças, é mais isso. Assim do corpo mesmo,

doença assim, o que a pessoa está sentindo, sempre tem alguma queixa. **Tem, assim, mas assim, vamos supor, é, eles vêm mais por uma queixa física mesmo, mas aí quando você vai a fundo é muita coisa por trás, de emprego é, um casamento que não vai bem, várias coisas que acarretam isso [...]** É, no domicílio, é mais, porque lá que a gente vê tudo mesmo. Tem vez que a gente sabe de coisa que na consulta médica não fala, porque eles não contam e a gente sabe. Que nem chega e vamos supor, a pessoa é depressiva, **ela só chega com esse diagnóstico físico assim, aparente, só que a gente que já fez a visita já sabe que ali está acontecendo várias coisas, o filho usando droga, tem vários outros motivos**, que na, na casa mesmo a gente já tava sabendo do que está acontecendo (ACS9, USFB).

Apesar da concepção de multicausalidade presente nas falas, os trabalhadores apontam estar enfrentando os problemas de saúde na perspectiva de construção do vínculo, da escuta ampliada, da preocupação e do zelo com o usuário. Acreditamos que a organização do processo de trabalho da USF – população adscrita em um território, foco na família, acessibilidade geográfica, organizacional, sócio-cultural – pode permitir que os usuários revelem as suas necessidades de saúde, desde que os trabalhadores possam estar abertos a traduzi-las para orientar o seu trabalho cotidiano.

[...] Motivos. Acho que **qualquer motivo vem até aqui na unidade**, eu acho que eles encaram, **não sei se é pelo fácil acesso, porque diferencia das outras unidades**, as outras têm que andar quarteirões, quinhentos, seiscentos metros, e aqui têm que andar minutos, cem metros, duzentos metros. Então eu acho que facilita muito, então **eles trazem problemas até de dentro de casa para o posto tentar resolver**, entendeu? (ACS1, USFA).

Certamente a questão da acessibilidade geográfica facilitada na unidade de Saúde da Família, presente na fala acima, pode influenciar decisivamente a procura pela unidade de saúde, mas por certo, outros elementos estão presentes. Será que se essa equipe não desse escuta ao usuário, esse iria trazer seus “**problemas até de dentro de casa para o posto tentar resolver**, entendeu?” (ACS1, USFA).

Segundo Mattos (2001), a abertura dos profissionais de saúde para outras necessidades que não as diretamente ligadas à doença presente ou à que pode a vir a se apresentar – como simples necessidade da conversa – ilustra uma das facetas da integralidade.

Ah! **Alguns vêm totalmente doentes**, outros vêm porque, **querem um exame, quer saber como que está a saúde**, outros vêm também, **tem aquelas pessoas que são carentes, às vezes querem só uma conversa**, alguma coisa e procuram também a unidade. (ACS10, USFB)

O que a gente percebeu bastante assim é..., **É muito assim a parte de psicólogo**, sempre a mãe, mãe reclamando do filho, que o filho ta alterado, não está indo bem na escola, ou pessoas mesmo que, mais de idade que se sente assim, meio depressiva, que fica em casa, então quer dizer, que a gente tinha um número enorme de **pessoas que precisam passar pelo psicólogo**, eu acho é... Que **a gente encontra muito lá também a carência**. É mais assim, eu acho assim **sempre falta, sempre falta alguma coisa, um sentimento**, que nem senhoras que ficam dentro de casa, parece que pra elas fica um vazio, às vezes, por mais que está fazendo serviço dentro de casa, então quer dizer falta alguma coisa, então eu acho que **num tem pessoas pra conversar, dialogar** então eu acho que assim, eu vejo assim, que falta alguma... **Num é carência médica, mas é uma falta de diálogo, de conversa** mesmo, eu acho que a nossa população é muito carente de, disso, de conversa, de diálogo (ACS6, USFB).

Integralidade, **integralidade quando você vê um indivíduo por um todo**, quando ele vai passa por consulta, **você num trata só aquilo ou só a queixa daquilo**, porque geralmente uma pessoa que vem fazer uma consulta com queixa de verme, **se vai vê que não é só ela, que a família toda**, provavelmente, ta com verme, também, que mora na mesma casa, vai no mesmo banheiro, então assim, às vezes a pessoa vem e fala assim, ai eu to com dor de dente, **a dentista vai olha o dente, ela vê se tem alguma coisa a mais naquela pessoa, ela ta com problema de saúde, ela vai encaminha pro médico, ou aquela pessoa só ta querendo conversa**, às vezes ela num ta doente, às vezes ela vem na unidade **chorando que quer consulta com o médico**, que ela precisa passa com o médico, ela ta com dor aqui, dor ali, **ai você vai no acolhimento da pessoa, você vê que ela nem precisa passar em consulta, às vezes você vê que ela sai muito satisfeita**, então acho que isso, é vê integralmente a pessoa, você vê ela como um todo, você não vê ela só a cabeça, só os braços ou só a perna, se vê o ser humano que tem psico, físico, social, tem que atende toda essas mesmas maneiras, então acho que é isso atende integralmente. [...] É freqüente, muito freqüente, às vezes tem usuários, não da minha microárea, mas de outra, **que vêm aqui quase todo dia pra conversa com a agente comunitária dela, manda bilhete, quer que vá lá, ou então ela liga. Elas vêm basicamente fala sobre a família, sobre os filhos, o marido, geralmente é sobre a vida pessoal dela mesmo, porque elas confiam na gente**, então, [...] do marido que ta desempregado, que a situação financeira está ruim, basicamente é isso (ACS3, USFA).

Consideramos que a equipe de saúde está se abrindo a fazer uma melhor escuta das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço, apresentadas ou 'travestidas' em alguma(s) demanda(s) específica (s). É um caminho para a integralidade da atenção no espaço singular do serviço de saúde e, conforme refere Cecílio (2001), é o esforço da equipe de saúde de

traduzir e atender as necessidades de saúde, sempre complexas, tendo que ser captadas em sua expressão individual.

Stotz (1991, p. 449) afirma que “as necessidades de saúde são vividas, percebidas e expressas na forma de dificuldades e requerimentos de possibilidades para reprodução da vida das pessoas”. Essas dificuldades e as possibilidades de reprodução dos processos vitais são de ordem natural e social, percebidas pelos indivíduos quando submetidos a pressões, estímulos, riscos e desafios. Assinala, ainda, que as necessidades de saúde são mais do que a ‘falta de algo’ para se ter saúde. Quando assim consideradas, reduzem-se aos aspectos fisiopatológicos, ao corpo e à mente “disfuncional” ou “inadaptada”. Na perspectiva ampliada, as necessidades de saúde são potencialidades, na medida em que as carências comprometem, motivam e mobilizam as pessoas (STOTZ, 1991).

Cecílio (2001), ao discutir necessidades de saúde, adota as contribuições de Stotz (1991), destacando duas: a primeira é aquela que reconhece que, se as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas (construídas), elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual. A outra indicação de Stotz, adotada pelo autor, é que seria inevitável a adoção de alguma taxonomia de necessidade de saúde a fim ser traduzível e operacional. Assim, tomando por base estas duas questões conceituais, Cecílio (2001) discute, a partir da taxonomia produzida por Matsumoto (1999)⁶, que as necessidades de saúde poderiam ser apreendidas de forma bastante completa e organizada em quatro grandes conjuntos: boas condições de vida, acesso a tecnologias de saúde, criação de vínculo com um profissional ou equipe de saúde, autonomia no modo de andar a vida.

⁶ Sob a orientação de Luis Carlos de Oliveira Cecílio, Norma Fumie Matsumoto desenvolveu a dissertação de mestrado: MATSUMOTO, N.F. **A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde**. São Paulo. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1999.

Quando a autora se refere às necessidades de *boas condições de vida*, afirma que:

as necessidades de boas condições de vida, incluindo o direito de melhores condições de moradia, de saneamento básico, de alimentação, de emprego e de educação para todos são obrigações básicas para que o indivíduo e coletivo almejem saúde. Para que estas possam ser vistas como respeito à vida, é necessário o trabalho de intersetorialidade como estratégia política e operacional na promoção da saúde, superando a visão biologicista, fundamentada no corpo humano e, assim, garantindo a ação integral de saúde (MATSUMOTO, 1999, p.102).

Quanto à necessidade de *acesso à tecnologia de saúde*, Cecílio (2001) trabalha com os conceitos de tecnologia leve, leve-dura e dura, concebidas por MERHY, 1997, reconhecendo que

o valor de uso (Campos, 1992) que assume cada tecnologia de saúde é sempre definido a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento que vive. [...] A 'hierarquia' de importância do consumo das tecnologias, não a estabelecemos unicamente nós, técnicos, mas também as pessoas, com suas necessidades reais. (CECÍLIO, 2001, p. 115).

Assim, o acesso à tecnologia em saúde expressa as necessidades a qualquer tecnologia disponível que possa qualificar a vida dos usuários.

A necessidade de *criação de vínculo (a) efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional* enquanto referência. Cecílio (2001, p.115) assinala que é fundamental reconhecer que “o vínculo, mais do que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades”.

Em relação à necessidade de *autonomia no modo de andar a vida*, essa se refere à necessidade de as pessoas conquistarem graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida. “A autonomia implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta ressignificação teria

peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível” (CECÍLIO, 2001, p.115).

Matsumoto (1999) chama atenção para um trabalho terapêutico que deve proporcionar aumento da autonomia dos usuários, de forma a permitir que se perceba o indivíduo enquanto sujeito, com condições de fazer a sua escolha no seu “modo de andar a vida”. A autora refere ainda que esse trabalho deve facilitar a compreensão do usuário em relação ao seu organismo, sua doença (ou sofrimento) e suas relações com o meio social, de forma que este “tenha maior disponibilidade de escolher entre vários modos de andar a vida, e de aumentar suas condições de instituir normas que ampliem e melhorem sua capacidade de sobrevivência” (MATSUMOTO, 1999, p.109).

Podemos observar, à luz da discussão de necessidades de saúde na dimensão de boas condições de vida, pelas falas dos entrevistados, certa aproximação à concepção trabalhada, uma vez que identificamos nesses sujeitos a compreensão do processo saúde-doença determinada pela inserção do usuário no modo de produzir da sociedade, proporcionando o acesso a bens e consumo, determinando o processo viver e adoecer.

[...] a gente quer ter uma saúde melhor, a gente quer melhores condições de vida, a gente também **tem que passar pela parte política**, então também em vista qualquer é, eu acho que **passa por todos os setores da sociedade não só pela saúde, o nosso trabalho que as pessoas têm que ter conscientização e responsabilização também, não pelo lado paternalista**, que às vezes a gente vê nos programas de saúde da família se desviando, eu acho se desvirtuando para um lado paternalista, eu acho que não é esse o objetivo, muito pelo contrário cada vez mais as pessoas ter consciência se responsabilizar e ir atrás dos seus direitos (Enf1, USFA).

É importante assinalar que em outras falas, essa questão também se faz presente, contudo, parece se dar em uma perspectiva de não articular esses

aspectos ao modo de organização social e da inserção desses usuários nessa sociedade, na forma como se produzem e se reproduzem como sujeitos de direito.

[...] porque como a gente fala, **se tiver emprego, consegue ter uma boa alimentação, ter uma boa moradia** (Den1, USFA).

É falta de emprego, que geram outros problemas. É desentendimento entre a família, **necessidade que a família passa** e a gente se sente assim, impotência em pode estar fazendo alguma coisa por essa família [...] Trabalha, **porque sempre que a gente passa um problema com relação a isso [desemprego e suas conseqüência], a gente passa pra equipe e ela pede pra ta agendando uma consulta pra médica ou pra enfermeira, pra ta trabalhando com a família em relação a isso, que é a prevenção.** A enfermeira, ela faz uma visita ou ela agenda uma consulta. Também, os auxiliares, os agentes, têm o movimento de toda a equipe. Olha, assim, **a gente não pode ta fazendo muita coisa porque o desemprego, não depende da gente a pessoa ta desempregada.** É difícil ta realizando o trabalho dessa maneira, e aí, assim **a gente tenta, o que a gente já fez, grupo de artesanato pra poder ta vendendo.** É isso essa parte mesmo de ta desenvolvendo algum trabalho que é o artesanato (ACS10, USFB).

Interessante observar, ainda, que alguns trabalhadores referem que os usuários procuram a USF para falar de sua vida pessoal, das suas condições de vida, mas questionam a responsabilidade dos serviços de saúde na sua resolução. Percebemos em algumas das falas certo incômodo devido a essa demanda dos usuários: “Eles vêm, às vezes até pra isso, **[resolver problemas sociais] que não é, não são nossos problemas, mas eles vêm**” (AE2, USFA).

O motivo que as leva a procurar, seria uma **falta de opção**, por não... Ah, **eu vejo que não sei se poderia ser pela dor, muitos procuram a unidade, mas não estão com dor, vêm para conversarem, eles vêm com uma queixa, mas na verdade eu vejo que é mais assim psicológico entendeu, interior da pessoa, às vezes uma conversa só. Às vezes não por dor física, mas emocional.** Acho bom, porque **as pessoas procuram, porque não tem onde correr, não tem outro local,** eles vêm, se você está com problema emocional, você às vezes sente dor de cabeça, você sente indisposição, e aí sinal de que você não está bem, então **as pessoas procuram achando que é uma dor, procurando uma dor no corpo, e às vezes, não quer ela mesma reconhecer que é uma coisa interior, uma coisa psicológica, e aí acaba na conversa que ela tem, acaba descobrindo que é uma coisa que não tem nada a ver com o corpo.** Um exemplo é de um casal, inclusive essa mulher faz parte do grupo, ela, o marido tem curso superior e desempregado, com quase 60 anos e não consegue emprego, e eles sempre tiveram uma vida financeira estável, e hoje não, e aquilo deixou ela muito depressiva, ela se sentia muito mal, sentia dores, desânimo, e ela procurava um médico achando que era isso, e isso eu vejo que era algo interno nela, aí na conversa ela aceitou a ajuda e realmente foi encaminhada para a psicologia, até para o psiquiatra. Então isso para mim seria algo interior que ela não conseguiu resolver (ASG1, USFA).

A minha área é mais de idosos [...], outra área, tem mais pobreza, a minha não, é mais idosos, mais aposentados, então a reclamação deles é de ficar sozinhos eles ficam muito sozinhos. Mas têm aqueles também que têm 3, 4 filhos, que não são casados, que são separados, tem uma que o marido é presidiário, então elas reclamam de tudo, elas acham que a gente vai arrumar uma cesta básica, vai fazer alguma coisa. **Toda vez que eles falam, eu coloco que a gente tá lá pra tratar da saúde, pode até conseguir, conversar com uma assistente social, mas não é assim nossa obrigação, uma ajuda, mas eles não entendem**, porque tinha época que eles vinham todo mês aqui pegar cesta básica, entendeu? Teve época que a gente até ajudava, dava uma cesta básica, dava para uma pessoa que precisa muito, mas eles não entendem (ACS5, USFB).

[...] São porque **a maioria aqui é muita depressão**, muita depressão. Eu acho que **o mais é falta de dinheiro e aí elas ficam deprimidas** porque tá cheio de conta pra pagar, cheio disso, a maioria pelo menos que eu vejo é isso. É, **é um problema de saúde, mas eu acho assim que não deveria saber, porque um social, precisa de um serviço social, a gente faz muito isso aqui, mas a gente tem que ficar ouvindo muito isso**, mas eu acho que as pessoas que tão mais deprimidas, eu acho que é isso (AE3, USFB).

Como podemos perceber essa auxiliar de enfermagem desresponsabiliza o serviço de saúde de uma leitura e intervenção sobre as necessidades de boas condições de vida, como também desresponsabiliza o Estado. Ainda, podemos observar um tom de culpabilizar a população pela situação que essa enfrenta.

Não sei. É, porque, como? **A gente não tem como fazer uma coisa dessa, não tem como resolver, mas a maioria dos problemas eu acho que é esse aí, começa com psicotrópico, já entra com, mas eu não sei como resolver, também não acho que é governo que tem que...** Não concordo com muita coisa assim, **não acho que é o governo que tem que sustentar teu filho, sustentar isso**, mas não sei. Porque **por mais trabalhos que tem de orientação**, de tudo, tanto de assim **tem mães que tem cinco filhos** assim, não, tem orientação, **tem método contraceptivo** não é, mas, não sei. Não sei. Falta de orientação não é (AE, USFB).

Sem dúvida, essa é uma contradição presente nas falas, uma vez que a compreensão do usuário como um todo, na dimensão de seus problemas e necessidades, implica uma visão ampliada do processo saúde-doença-cuidado e a possibilidade da intervenção em saúde se dar considerando a diretriz da intersetorialidade, da constituição das parcerias com outros setores e organizações não governamentais que podem apoiar o usuário na busca de soluções para seus problemas e atendimento a suas necessidades.

Mishima (2003) traz, em seu estudo sobre a gerência em unidades de Saúde da Família, que uma das atribuições da equipe de Saúde da Família é o estímulo à ação intersetorial, segundo o Ministério da Saúde, quando esse aponta que a equipe a partir de uma análise ampliada do processo saúde-doença, deve atuar como

catalisadores de várias políticas setoriais, buscando uma ação sinérgica. Saneamento, educação, habitação, segurança e meio ambiente são algumas das áreas que devem estar integradas às ações do PSF, sempre que possíveis. [...] a questão social não será resolvida apenas pelo esforço setorial isolado da saúde; tampouco se interfere na própria situação sanitária sem que haja a interligação com os responsáveis pelas políticas sociais (BRASIL, 1998, p.11).

Embora se tenha essa afirmação pelo Ministério da Saúde, e efetivamente a necessidade da operacionalização da intersectorialidade na prática dos serviços de saúde,

há dificuldades de articular ações para além do setor saúde, para além dos nichos específicos de cada área. É um movimento também de buscar novos sentidos para a ação que se propõe na Saúde da Família, uma vez que grande parte dos problemas que os trabalhadores se defrontam, muitas vezes fogem a uma ação específica e isolada do setor saúde, como, por exemplo, a violência, os problemas decorrentes do desemprego e assim por diante (MISHIMA, 2003, p. 112-113).

Outros trabalhadores relatam que a população tem a USF como referência para sua vida, procurando a unidade em momentos de felicidade e de infelicidade, intercorrências clínicas consideradas leves e as graves, enfim para falar do seu modo de andar a vida. Embora a equipe de saúde não consiga resolver todos os problemas de saúde apresentados, a população considera a equipe como amiga, como apoio para tudo o que lhe ocorre na vida. Observamos que para esses sujeitos a unidade deve se responsabilizar e acolher esta demanda.

Bom, **eles procuram a unidade para tudo**, a realidade é esta, nós, assim, é a gente, é acho que eles têm a **gente assim como se fosse amigos mesmo, qualquer problema, desde uma simples dor, uma felicidade, como também uma facada**, é aqui que eles vêm mesmo, outro dia um usuário teve uma briga, levou uma facada em cada mão, veio até nós, ele podia ter ido direto para o hospital, ele esperou amanhecer o dia e veio até nós, então assim são N motivos, desde felicidade até os mais infelizes (ACD2, USFB).

Na demanda à unidade de saúde aparecem pessoas somente para conversar, contar algo que aconteceu na sua vida, para assistir à televisão, para brincar, pois parece que se tem o estabelecimento de um vínculo entre esse usuário e a equipe. A unidade de saúde está “no quintal” da casa deles, a USF compõe a comunidade. As pessoas procuram a unidade com trajes informais, ou seja, comparecem de pijama, de chinelo ou descalço.

[...] eu acho que a gente está dando conta de estar trabalhando com essa população, **mas eles procuram às vezes só pra conversar, pra nos contar alguma coisa que aconteceu lá na casa. Então assim a gente criou um vínculo tão grande, a gente mora no quintal deles, eu brinco que às vezes eles vêm de pijama, é a gente vai fazer o quê? Estamos no quintal da casa deles. Vem, vem, vem de tudo, vem de pijama, vem descalço, eles vêm a unidade não como uma coisa isolada, mas como parte da comunidade onde eles estão. Então se eles saem ali de chinelo ou descalço por que não vai entra no posto, mesma coisa, eles não têm essa..., esse pudor, essa coisa com a gente, eles vêm muito á vontade aqui. Vêm aqui fica acomodado assistindo televisão, vêm brincar, as mulheres às vezes vêm pra conversar, vêm pra contar, elas mudam daqui, elas vêm nos visitar, vêm contar o que ta acontecendo na vida, vêm mais pelos mais diferentes motivos** (Enf1, USFA).

Demandas referidas a outras dimensões do processo saúde-doença, envolvendo os modos de produção e reprodução das famílias atendidas, também é encontrada no estudo de Mishima (2003). Essa compreensão parece ficar distante de um projeto de intervenção por parte das equipes, que considere de forma mais articulada as diferentes dimensões presentes no processo saúde-doença, embora pareça que a população reconhece a unidade de saúde como espaço que pode ser procurado para curar outras dores que não as físicas.

No estudo de Mishima (2003), a autora afirma que a unidade de saúde pode ser o espaço onde a população pode procurar a resolução de vários problemas, que podem não ter um caráter mais imediato de uma doença física. Essa “criação de outros espaços que não a consulta médica [...] pode [...] criar um espaço de

convivência entre as pessoas – um espaço terapêutico – que sirva de aprendizado para a própria equipe de saúde” (MISHIMA, 2003, p.84).

Ainda, segundo essa autora, (MISHIMA, 2003, p.77), o vínculo, a escuta, as distintas formas de se acolher o usuário podem ser vistas como ferramentas para o trabalho na Saúde da Família: “tecnologia leve que pode ser usada mais intensamente para a produção de cuidado de saúde e que de certa forma pode trazer maior reconhecimento da população pelo trabalho realizado. Ferramentas que podem criar brechas, abrir transversalidades na rotina presente no cotidiano”.

Assim, parece que os trabalhadores entrevistados estão mais abertos e flexíveis em ressignificar seu processo de trabalho no atendimento às necessidades apresentadas pelos usuários, mais que aqueles vinculados às unidades básicas de saúde. Contudo, parecem ainda não se dar conta disso.

O processo gerencial, apreendido na perspectiva das práticas de saúde socialmente estruturadas, tem um papel fundamental na construção de um modo de fazer saúde voltado para necessidades de saúde da população. Assim, consideramos que o trabalho gerencial vai apoiar, colaborar com a condução e articular o trabalho de distintos agentes presentes no trabalho para a viabilização de projetos técnico-assistenciais voltados para a integralidade, sustentados no aprendizado de olhar o outro – o usuário – como um ser de necessidades. Considerar o outro como ser de necessidades implica reconhecer que esse homem sofre as determinações das condições existentes no contexto em que vive e convive com outros homens, mas que também tem um papel de transformar esse mesmo contexto.

Segundo Mishima (1995), quatro dimensões são inerentes ao trabalho de gerência: técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania. Neste momento, cabe destacar a dimensão de desenvolvimento da cidadania,

que, para (MISHIMA, 1995, p. 29), “implica tomar a gerência como atividade que contém uma e está contida numa perspectiva de emancipação dos sujeitos sociais, quer sejam eles os agentes presentes no processo de trabalho, ou que clientes que utilizam os serviços de saúde”.

Retomando Stotz (2001, p. 450), esse autor assinala que “entre todas as mediações sociais que condicionam a reprodução dos processos vitais dos indivíduos, a mais importante para superar as dificuldades impostas a essa reprodução é, sem dúvida, a forma do ordenamento político da sociedade”. Dessa forma, a gerência em sua dimensão do desenvolvimento da cidadania pode contribuir na direção apontada por Stotz (2001).

Nessa perspectiva, citamos Baremblytt (1994) o qual refere que as pessoas precisam protagonizar suas necessidades, ou seja, possam enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um vocabulário próprio que lhes permita saber acerca de sua vida. O autor esclarece que esse processo de auto-análise é simultâneo ao de auto-organização, em que a comunidade “se articula, se institucionaliza, se organiza para construir os dispositivos necessários para produzir, ela mesma, ou para conseguir, os recursos de que precisa para o melhoramento de sua vida sobre a terra” (BAREMBLYTT, 1994, p. 18). Esse autor entende que:

[...] Elas (comunidades) têm de organizar-se em grupos de discussão, em assembléias; elas têm que chamar experts aliados para colaborarem com elas; elas têm de dar-se condições para produzir este saber; e para desmistificar o saber dominante. Ao mesmo tempo, tudo o que elas descobrirem neste processo de auto-conhecimento só terá uma finalidade: a de auto-organizar-se para que possam operar as forças destinadas a transformar suas condições de existência, a resolver seus problemas. Mas, não pode haver uma organização sem um saber; não pode haver um saber sem uma organização. São dois processos diferenciados, mas eles são concomitantes, simultâneos, articulados (BAREMBLYTT, 1994, p.19).

Nesse âmbito consideramos que a equipe de saúde deveria ser tomada como um “expert aliado” para desenvolver junto aos usuários do serviço de saúde o processo de auto-análise e auto-organização para que pudessem mobilizar poderes destinados a transformar suas condições de existência. Parece que essa prática não está sendo considerada como responsabilidade das USFS.

Para Ceccim (2004/2005), a prática em saúde está demarcada por saberes tradicionais das culturas, ou por produção de sentidos ligada ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida nas lógicas distintas do modelo racional vigente. Nessa perspectiva, a prática de saúde não permite lidar com necessidades de saúde de maneira ampliada, conforme estamos concebendo.

O autor aponta que um dos entraves para alcançar as mudanças pretendidas no setor saúde é a compreensão da gestão da formação como atividade meio, secundária à formulação de políticas de atenção à saúde. Defende, assim, que a estratégia de Educação Permanente seria fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor de educação, ou seja, submeter os processos de mudança na formação de profissionais de saúde às necessidades/direitos de saúde da sociedade e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde (CECCIM, 2004/2005).

Mediante esse conjunto de contribuições perguntamos nos em que medida o processo de formação dos trabalhadores de saúde permite que a prática de saúde nessa perspectiva se concretize? Será que a gerência das unidades de saúde está sendo constituída como uma ferramenta para imprimir uma dada direcionalidade ao processo de trabalho em saúde, no sentido da produção de cuidados de saúde, não se restringindo ao desenvolvimento de atividades administrativas?

4.2. Organização do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família - tecnologias e modos de agir no cotidiano da prática em saúde

4.2.1. Os grupos com a comunidade como instrumento para mudança?

O trabalho em saúde apresenta especificidades e para sua realização lançamos mão de distintas tecnologias (MENDES GONÇALVES, 1994; MERHY, 1997; MERHY, 2002).

No processo de trabalho empreendido na Saúde da Família, num espaço/tempo determinados – município de Marília – SP – verificamos que dentre as ações e as tecnologias utilizadas no processo de trabalho em saúde, explicitadas pelos trabalhadores de saúde das equipes, são valorizados os grupos de orientação, bem como os grupos operativos, considerando-os como instrumentos para operar a mudança na prática em saúde, ou seja, desenvolver ações com enfoque na promoção e proteção à saúde, sendo esse o compromisso da Saúde da Família para esses trabalhadores.

Eu acho assim, na parte do programa do PSF, nós aqui, o posto, **nós somos uma prevenção**, aqui nós temos o **grupo de artesanato, tem o grupo de caminhada, tem o grupo de hipertensos e diabéticos**, nós visamos à prevenção, por isso que nós chamamos a população, pra falar na reunião de comunidade, nessa reunião de comunidade, nós passamos pra eles, que tem os grupos, pra eles estarem participando, pra que eles venham à prevenção. Eu acho que a **nossa responsabilidade, eu acho que vem a isso, porque nós temos que mostrar pra eles, que nós temos que prevenir. Mostrar para eles que com a prevenção, não precisa da medicação, do remédio.[...]**. Porque é assim, cada um tinha que ter um grupo, e como eu cheguei eu tava meia... Não tinha um grupo pra mim, como eu gosto do artesanato, eu me encaixei no artesanato (ASG2, USFB).

Então **pra promoção e da prevenção, eu falei das pessoas que têm triglicérides, colesterol, diabetes. Dá pra você participar de grupos, fazer caminhada, assistir palestra, que a gente faz, tem grupo de artesanato, tudo, pra que elas aprenda como comer, fazer exercício isso talvez vai evitar que elas tenha essas doenças**, e também pra que tem, e também saber comer, educação se alimentar pra que ela possa ficar estável dessa doença (ACS6, USFB).

“Não tinha um grupo pra mim” (ASG2, USFB) é a reclamação da trabalhadora, como se o fato de não ter uma atividade de grupo junto à população a excluísse do trabalho fundamental na unidade de saúde.

Percebemos que a intenção de ações de saúde tem a marca da promoção e proteção à saúde, a partir de uma perspectiva multicausal, em que essas ações estariam voltadas para a prevenção primária, na concepção trazida por Clark e Leavel (1977) do processo saúde-doença. Assim, essa ferramenta parece se voltar à preocupação em mudar o modo de vida das pessoas desconsiderando o sujeito como protagonista de sua vida, ou seja, descontextualiza esse usuário de seu modo de se produzir e se reproduzir como um homem de necessidades singulares. Os trabalhadores parecem acreditar que esse é o caminho, relatando que para o cuidado em saúde a equipe orienta como deve ser o modo de vida, destacando a atividade de grupo como espaço privilegiado para a orientação.

No artigo Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? Merhy e Franco (2002, p.119) questionam o porquê da Saúde da Família não apresentar a potência para inverter a lógica de produção de serviços de saúde. Para compreender a problemática os autores elaboram algumas questões: “Será que é porque é focal? Ou, porque não têm competência tecnológica para tanto? Ou será que não consegue incorporar a produção da saúde em toda sua complexidade e ordenar um processo competente de confronto com os modelos hegemônicos?”.

Os autores referem que uma das explicações estaria no arsenal teórico ao qual a estratégia recorre para definir suas propostas e suas práticas de saúde, centrada numa “certa epidemiologia para construir o seu conhecimento do mundo, das necessidades de saúde e para instrumentalizar suas ações em torno da

vigilância à saúde” (MERHY; FRANCO, 2002, p.119), não sendo essa combinação, porém, suficiente para a proposição de intervenções.

Para estes autores, há situações em que a clínica aparece como o campo de conhecimento competente para atender determinadas necessidades de assistência, com seu método próprio de intervenção sobre o corpo, singular por excelência. Além disso, a complexidade do mundo das necessidades de saúde é tal que muitos outros saberes, além da epidemiologia e da clínica são fundamentais. Assim, Merhy e Franco (2002) entendem que o campo de saberes e práticas da clínica se faz necessário no debate sobre a organização da produção de saúde, associado aos outros saberes, sem excluir nenhum campo específico.

Nesse sentido, é importante que se ressignifiquem, na prática cotidiana dos serviços de Saúde da Família, a concepção e as ações de promoção e prevenção, como um movimento fundamental para proposição de intervenções que se voltem atenção às necessidades dos usuários.

A concepção desses autores, ao fazerem tais apontamentos, ainda não constitui parte da reflexão sobre o trabalho na Saúde da Família dos sujeitos da pesquisa, uma vez que, mesmo considerando que há uma preocupação, por parte desses sujeitos, em desenvolver o trabalho de forma mais participativa, pois referem que os temas abordados partem do desejo da população, quando este desejo não vai ao encontro da necessidade identificada pelo serviço, a equipe **“procura conscientizar, [...] até o nosso limite”** (ACD1, USFA).

Orientação, não só um da equipe, mas a equipe toda procura ta **orientando sobre a higiene dentro do apartamento, evitar muita cortina, ou se tem cortina procurar limpar sempre... Tapetes essas coisas... A gente procura nos grupos sempre ta abordando o que a população precisa.** Todo grupo a gente procura trabalha com eles... **O primeiro encontro dos grupos a gente procura colher às informações e vê o que o paciente ta desejando naquele momento** [...] A gente procura aborda o que eles querem... Nem sempre o que eles acham que é bom pra eles é bom... Às vezes a gente fala... Nossa

aquela família precisa disso... Mas eles acham que aquilo pra eles não é importante... **A gente procura conscientizar, procura até o nosso limite** como eu te falei... Procura conscientizar aquela pessoa, olha assim... Procura mostrar pra ela que o melhor é daquele jeito... Não só assim... Você ta errada... Não é assim... Tem que ser assim respeitando o limite deles, a criação... Porque **as pessoas são criadas de várias formas diferentes**, às vezes tem, por exemplo, apartamento que é uma sujeira... Um cheiro horrível... Mas a pessoa foi criada naquilo então **é difícil você mudar o hábito**... É muito difícil... A gente procura conscientizar... É o que te falei... Vamos até o que a gente pode... Às vezes não há o que fazer, a gente não pode pegar obrigar e fazer pra aquela pessoa (ACD1, USFA).

Machado et al (2007) identificam que as ações educativas emergem, dentre as ações da Saúde da Família, como ferramenta essencial para incentivar a auto-estima e auto-cuidado dos usuários, cuja finalidade é de provocar modificações em suas atitudes e comportamentos para um viver saudável. Tomando o princípio da integralidade como eixo norteador das ações de educação em saúde, as autoras apontam a necessidade de rever nessa prática a “imposição de um saber científico descontextualizado e inerte aos anseios e desejos da população no tocante a sua saúde e condições de vida” (MACHADO et al, 2007, p. 340).

Para essas autoras a educação em saúde deve ser compreendida como

processo político pedagógico que requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo a sua autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e da coletividade (MACHADO et, 2007, p.341).

Trata-se, ainda, de um aprendizado que a equipe de saúde e cada trabalhador dela participante deverão empreender para ressignificar a prática desenvolvida para a produção de cuidados de saúde. Outro aprendizado necessário se volta para a forma como esses trabalhadores apreendem as necessidades de saúde expressas pelos usuários, muitas vezes sob a forma de uma queixa.

Parece-nos que os trabalhadores não concebem, por exemplo, as necessidades de boas condições de vida como o direito às melhores condições

de moradia, de saneamento básico, de emprego, sendo necessário seu reconhecimento por parte do trabalhador de modo que esse possa, em conjunto com o usuário, construir estratégias na busca de alternativas de intervenção. Ainda, fica distante a concepção de que a satisfação dessas necessidades se concretiza a partir da transformação das relações desse usuário em seu modo de se produzir e reproduzir socialmente, e que a Saúde da Família pode por meio do trabalho intersetorial, como estratégia política e operacional da promoção à saúde, apoiar o usuário na aproximação a essa conquista.

Retomando Matsumoto (1999) e Cecílio (2001), o trabalho em saúde deve permitir que a pessoa compreenda sua doença, seus sofrimentos, suas angústias e, por que não, seus momentos de prazer, de felicidade, de prosperidade como fruto de sua relação com outros homens por meio do trabalho, ou seja, com capacidade de decidir o seu modo de andar a vida, em muitos momentos numa direção que não é aquela da “verdade” apontada pelo trabalhador de saúde.

A organização da Saúde da Família, com a ação em um território definido com uma unidade de mais fácil acesso à população, pode permitir a apreensão das necessidades de saúde relacionadas a boas condições de vida pelo trabalhador, ou seja, a acessibilidade geográfica e organizacional faz com que a equipe de saúde se depare o tempo todo, com necessidades de saúde relacionadas a boas condições de vida, como desemprego, drogadição, violência. Para atuar diante essas necessidades de saúde, os trabalhadores se limitam a pensar em ações estritamente no interior do setor saúde e o instrumento potente que vislumbra para a intervenção é a informação e educação em saúde, desarticulando o processo viver-adoecer da produção e reprodução social.

Em muitos casos os grupos... têm os **grupos de criança, grupo de saúde bucal, então a gente ajuda um pouco na parte de lazer [...]**. Tem o grupo de saúde bucal que ajuda com a orientação de saúde

bucal, escovação, mas também tem vê a parte assim, nós fizemos os cartões de natal, **fizemos um pouquinho de artesanato**, então assim, como aqui não tem outras atividades para eles realizarem, acho que esse pouco ajuda. Porque eles só vão para a escola e depois ficam na rua, tira um pouquinho eles da rua. Arrumando **alguma atividade para eles fazerem, eles não fiquem ociosos, se eles ficam ociosos procuram arrumar alguma outra atividade ilícita**, não sei, ou são levados a alguma atividade. Geralmente crianças. Acontece que **algumas crianças vira mula**. Mula, sabe o que é mula? **É aquele que leva a droga**. Porque tem muitos pais que trabalham e algumas crianças ficam sozinhas e algumas, desses pais ficam em casa, mas nem ligam que as crianças ficam lá em baixo. Ajuda a tirar um pouquinho da ociosidade (Den1, UFSA).

De serviço pra droga, pra combater é complicado, porque é questão policial, mais assim eu acho que tem a ver **quando você faz um grupo de prevenção com adolescente, com criança, ta prevenindo** assim que seria isso, isso é uma prevenção, é um modo de ajudar a população. Então tem um grupo de adolescente que seria **inclusão digital com crianças para ensinar noção de computador, tem o grupo de dança, tem o grupo de desenho da ACD que ensina**, então assim além de elas ensinar, desenhar, ensinar a dançar, tem a palestrinha que **sempre vai um profissional explicar alguma coisa**, primeiro assim pergunta o que eles querem saber, não adianta nada despejar, tem que saber qual que é a dúvida. Como a gente também tem a parceria com os estudantes do quarto ano de medicina sempre **eles dão uma palestrinha**, explica alguma coisa que eles estão interessados, **faz aquela seçãozinha de pergunta-resposta, não adianta você fazer uma coisa que eles não querem saber**, tem que falar o que eles estão perguntando, qual que é dúvida, eu acho que seria uma forma de esclarecer e já preveni, explicar sobre droga, sobre sexo, é o que, hoje em dia, o adolescente mais, se interessa saber. Como, por exemplo, eu estava **explicando que a droga não leva nada, explicando certinho, como é um trabalho de prevenção, é um trabalho como de formiguinha, é trabalho que a gente vai plantar agora, pra colher depois**, é um trabalho que a gente vai ver o resultado mais pra frente, mais eu acho que é um trabalho assim, uma forma de ta fazendo, pode ser assim que existam outras, de ta ajudando a população (AE1, UFSA).

Estes grupos de orientação/operativos parecem não trabalhar na perspectiva reflexiva, ou seja, desconsidera-se o contexto socioeconômico, político e cultural que determina o acesso dos usuários a bens e consumo, bem como, o poder de autonomia do sujeito. As ações de saúde estão baseadas em orientações alimentares e de higiene, de planejamento familiar e também inclusão das pessoas em programas sociais municipais e federais.

Na perspectiva apontada, a prática em saúde toma o coletivo como exterior aos indivíduos, considerando o social como redutível a um conjunto de aspectos do ambiente exterior que influenciariam a situação de saúde da coletividade. Esta

prática concebe um social naturalizado e, portanto, passível de ser abordado pelas Ciências Naturais, ou seja, o coletivo é compreendido como a soma de pessoas, que são tomadas de forma homogênea, desconsiderando suas diferenças, suas singularidades. (MERHY, 1987).

Para Merhy (1987), a configuração das práticas de saúde, nessa direção, é influenciada pela presença ou ausência de fatores externos como a pobreza, o baixo salário, a ignorância, a desorganização dos recursos. Incorpora-se uma perspectiva de conhecer cientificamente, além do meio ambiente externo, os fatores do próprio indivíduo e da organização social – burocrático/administrativos – que dificultariam ou facilitariam a efetivação dos objetivos a-históricos dessas práticas.

Vasconcelos (1997) refere que as práticas em saúde podem ser educativas ou “deseducativas”, dependendo da maneira como se desenvolvem. Comumente, os trabalhadores de saúde adotam práticas dominantes de organização do trabalho em saúde que não contribuem para revelar a gênese dos problemas de saúde dos usuários, bem como as estratégias para seu enfrentamento, portanto promovem práticas “deseducativas”. A fala a seguir parece revelar a constatação do autor:

Eu acho que sim, atua sim, porque assim, passa no médico, e o que a gente pode fazer, a gente tenta, às vezes na questão de conseguir, **de fazer incentivo, de uma orientação, um planejamento familiar, uma orientação de higiene, de educação, de escolas pros filhos**, [...] Quando a gente tinha assistente social que era do Programa, vinha por várias queixas, como conseguir escola, conseguir inserir essa, essa população nos Programas, que às vezes o **governo federal oferece, ou que, ou que o município oferece, você orienta**: Oh!, você vai em tal lugar, assim, leva tal coisa, às vezes até em coisa de serviço, você sabe de alguém que tá precisando, de algum serviço e fala: Oh, **em tal lugar, ó, procura tal pessoa né, que tava desempregada, vai lá, conversa**. Eu acho que a gente tenta assim e consegue bastante. resultados, viu! (AE2, UFSA).

As falas parecem revelar alguns “perigos deseducativos” apontados por Vasconcelos (1997) como: a) tratar os usuários de modo autoritário, contribuindo

para que os mesmos se sintam desvalorizados e, portanto, incapazes de tomar iniciativa de resolver seus problemas; b) as orientações comumente transmitem a idéia de que a doença se deve principalmente à falta de cuidado e desleixo da população. Este argumento é usado numa tentativa de criar um sentimento de culpa nas pessoas para que elas se esforcem em seguir as orientações dadas; d) o trabalhador de saúde procura esconder os limites da sua capacidade de atendimento. Os casos que não estão melhores são tratados com desprezo, como se a culpa do mau resultado se devesse às características do doente.

Concordamos com Cecílio (2001), quando esse assinala que a integralidade nunca será plena no espaço singular de um serviço de saúde - *“integralidade focalizada”*, ou seja, o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender as necessidades de saúde. Tentativa que parece presente nas falas dos sujeitos da pesquisa que, por meio da *“integralidade focalizada”*, fazem o melhor de si para o usuário. Cecílio (2001) complementa a idéia de integralidade, defendendo que a luta pela melhoria das condições de vida e pelo acesso a todas as tecnologias para viver, passa por uma rede mais complexa composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do setor saúde, ao que denomina de *“integralidade em rede”*. Nessa perspectiva, defende que:

a integralidade da atenção pensada em rede, como objeto de reflexão de (novas práticas) da equipe de saúde e sua gerência, em particular a compreensão de que ela não se dá, em lugar só, seja porque as várias tecnologias de saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial (CECÍLIO, 2001, p. 117).

Na fala dos sujeitos, a possibilidade da *“integralidade em rede”* ainda apresenta dificuldades em ser concretizada quando apontam que é necessário um *“certo arranjo”* para a resolução de determinadas situações. *“Integralidade*

focalizada” em ação, com o esforço de a equipe resolver problemas a partir de suas possibilidades?

Olha, a partir do momento que é gerada uma demanda de algum encaminhamento [...] **a gente liga às vezes pra tentar marcar, pra Central de Vagas, às vezes eu faço um contato, igual pediatria, às vezes o Dr. viu uma criança e ele quer que um pediatra veja, eu ligo na UBS , eu converso lá com o enfermeiro**, ‘aí olha, tem uma criança assim, **dá pra priorizar, vamos? Vamos**’. A mesma coisa com o Hospital São Francisco, HC, a gente tenta, a gente liga, **a gente faz essa conversaço entre nós e o outro nível**. Às vezes por telefone, às vezes pessoalmente, na maioria das vezes por telefone, por que às vezes a gente não pode sair daqui pra, mas quando se tem oportunidade de sair e ir lá resolver, como se ir na Secretaria e passar os casos, resolver direto, também faz [...] (AE2, USFA).

A fala da trabalhadora aponta a utilização da rede informal de contatos e estratégias não institucionais para o encaminhamento do usuário para outros níveis de atenção, certamente numa busca de atender a uma necessidade expressa pelo usuário. Essa atitude, contudo, não implica a quebra da possibilidade da equidade? Se puder ser dessa forma para um usuário, poderá ser para todos?

Ferreira (2007, p.134) aponta, em seu estudo sobre a avaliação do Complexo Regulador em um município do interior de São Paulo, esse mesmo aspecto que põe em pauta “a questão da operacionalização do conceito de equidade, um dos pilares que sustentam sistemas de saúde fundamentados na atenção primária”, um dos “valores centrais de um sistema de saúde” e interroga:

se podemos conceber como justa a organização de um sistema que não ofereça as mesmas condições de acesso aos usuários; ou um arranjo organizacional que não garanta a melhor resposta possível para algum problema de saúde no momento de maior precisão ou que favoreça acessos rápidos personalizados em detrimento de demoras extenuantes para a grande maioria?

Essa questão, presente na fala dos sujeitos e expressa explicitamente pela trabalhadora, coloca outros questionamentos ao nos remetermos ao processo de

gerenciamento das unidades de Saúde da Família, uma vez que caberia a essa instância auxiliar a equipe de saúde na condução da identificação e operacionalização de ações que permitissem a todos os usuários o exercício de seu direito ao acesso a serviços em outros níveis de atenção. Ou seja, o usuário ter atendida sua necessidade de acesso a toda e qualquer tecnologia em saúde (MATSUMOTO, 1999, CECÍLIO, 2001). Será que essa questão tem passado pela gerência das unidades de Saúde da Família? A concretização de fluxos de referência e contra-referência, que possibilitem a integralidade em rede se faz presente de forma eqüânime? O que caberia à gerência das unidades em situações como a observada na fala da trabalhadora?

No conjunto dos dados analisados, as respostas a essas questões ainda não se fazem presentes.

Cecílio (2001, p.119) continua afirmando: “Simples como idéia, muito difícil de implementar na prática”, e aponta a possibilidade sempre presente da *“integralidade ampliada”*.

Essa articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas “integralidades focalizadas” que, tendo como epicentro cada serviço de saúde, se articula em fluxos e circuitos, a partir das necessidades reais das pessoas – a integralidade no “micro” refletida no “macro”; pensar a organização do “macro” que resulte em maior possibilidade de integralidade no “micro” [...]. A integralidade ampliada seria esta relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe, e da rede de serviços de saúde e outros. Uma não é possível sem a outra (CECÍLIO, 2001, p. 117).

A integralidade no “micro” refletida no “macro”, pensar a organização do “macro” que resulte em maior possibilidade de integralidade no “micro” é a afirmação de Cecílio (2001) no excerto acima. Situação que se faz presente nas unidades, uma vez que para o acesso do usuário a consultas especializadas

existe a Central de Vagas que está localizada na Secretaria da Saúde; o contato é na maioria das vezes, feito por telefone e, quando necessário, pessoalmente. Para algumas especialidades como ortopedia e oftalmologia e alguns exames complementares, como, por exemplo, ultra-som pélvico, o acesso é dificultado. Apesar de a oferta ser grande, não é possível atender toda a demanda, sendo que nos casos de urgência é possível agendar. É apontada a necessidade de se priorizar o encaminhamento dos usuários em função da situação identificada.

Depende da especialidade, **tem especialidade que às vezes a vaga é mais rápida**, tem vários profissionais no município que assistem, que eu consigo agendar mais rápido, **como às vezes não**, às vezes tem, é, **especialidades ou exames que demoram mais**, que no município não tem tanta vaga, e às vezes, como você, **às vezes, aparece uma pessoa para você priorizar** e você acaba priorizando aquele exame e tem outras que ficam esperando e esperam um pouco mais. [...] Olha, eu acho que ortopedia é uma das consultas que demora pra se marcar, é, gineco, gastro, essas coisas até que não muito, eu acho que ortopedia, oftalmo, assim, **a demanda é grande, a demanda, a procura é grande, mas eu acho que as vagas, a oferta também é grande**. [...] exceto em casos extremos, quando a gente, você precisa prioriza alguma coisa você liga. É. Aí você liga, você vê se você tem um dia certo ou quando eles tem vaga lá, que ele vê que também tá sobrando, eles ligam pra você e também te oferece a vaga (AE2, USFA).

O agendamento para Raio-X se dá por volta de sete a dez dias. Quando se trata de urgência como, por exemplo, fratura ou em caso de pneumonia, há o encaminhamento para o pronto-socorro para realização do Raio X no mesmo dia.

Então tem aquelas que são, aquelas coisas rápidas, raio x é mais rápido, algumas especialidades são mais rápidas, agora tem uns que a demanda já é mais, tipo reprimida, ela demora mais, tanto. Quem faz essa avaliação, de quem vai passar na frente ou não? É o médico mesmo, ele resolve, quem é que vai esperar um pouquinho mais, quem é que vai passar na frente. **Então se vim fazer a consulta, eu acho que no máximo uma semana, deis dias, você consegue fazer o exame [raio-X], agora se for uma urgência**, uma urgência, sempre deixa, claro, urgência **pro pronto socorro**, a gente já encaminha no mesmo momento, só se for uma fratura, ou se for uma pneumonia, se precisar do raio X no mesmo dia, a gente tem referência que é o São Francisco (AE1, USFA)

A dificuldade de acesso é apontada para a realização do ultra-som pélvico, se não for urgência, havendo casos de espera por dois anos: “[...] **acaba, depende**

do caso, priorizando para o próximo mês, agora tem casos de gente, que esperou já há dois anos” (AE1, USFA).

Olha, as vezes, assim, **o paciente espera um pouco mais, pra, pra fazer um ultra-som pélvico**, assim, lógico, ele vem com uma queixa, se o médico vê que aquela queixa é muito importante, que se tem que ir, é aquilo que a gente falou, **a gente prioriza aquilo [urgência]**, agora se o médico vê que é uma coisa, ah, vamos, é uma senhora de idade, climatério, **vamos pedir um ultra-som de controle pra ver como que ta**, aí, nesse é, a gente coloca ela lá, **fica esperando, mas lógico a gente não esquece dela**, a gente vai agendando, mas se nesse meio de tempo, aparece: Ah, eu tô com uma suspeita de um câncer no útero, eu preciso de um ultra-som assim, a gente prioriza (AE2, USFA).

Oftalmologia, dermatologia, reumatologia e ortopedia são as especialidades cujo acesso é mais difícil, sendo de cerca de seis meses o tempo de espera. Em determinadas situações os trabalhadores referem espera até maior que essa: “[...] é uma especialidade [ortopedia] que desde o começo **nós temos muita demanda, são poucas vagas que tem por mês e é muita gente esperando, então caba criando essa demanda e é onde que eles ficam nervosos [...]** Já ficou mais de um ano [as não urgências]” (ACS9, USFB).

Acho que é o **ultra-som pélvico**. E, mais, **reumatologista e ortopedista**. [demora para agendar]. Então depende do caso, é difícil especificar, porque assim, se for um caso urgente, de repente, aparece uma pessoa que foi na urgência no pronto socorro, o médico precisa do exame [ultrasom], às vezes não consegue realizar lá, **acaba dependendo do caso, priorizando para o próximo mês, agora tem casos de gente, que esperou já há dois anos**. Não, reumatologia acho que em torno de seis, sete meses e ortopedia acho que em torno de quatro meses que demora (AE1, USFA)

É **o problema maior é na demora**, as pessoas às vezes quer muito rápido, mas às vezes demora. **Demora uns seis, sete meses, no caso do oftalmo, o pessoal reclama muito**, ah, em, aí outros também, as pessoas o que mais reclama é da demora. Porque, eu acredito assim, **quando é urgência é encaminhado**, é pedido por telefone tudo, porque não, **é quem faz a avaliação é a doutora, ela é quem ta falando se a pessoa pode esperar ou não**, agora se for ‘não, isso aí precisa ser agora’ já encaminha. Então assim não é uma pessoa leiga, que não entende do assunto, não, essa daqui não pode esperar, **às vezes a população, muitas vezes quer assim ‘não eu quero pra amanhã, eu quero pra hoje, eu quero pra agora’** e às vezes tem pessoas que precisa, tem mais prioridade, a prioridade é maior dela, a necessidade é maior. Então é, é essas pessoas que a gente procura encaminhar (ACS7, USFB).

A demora é sempre um ponto de choque com os usuários, que têm a expectativa de serem prontamente encaminhados, sem compreender por vezes a existência de número de vagas para especialidades restritas para a unidade de saúde, e a necessidade de priorização de atendimento em função da complexidade e gravidade dos casos. Concordamos com Campos (2007), quando esse refere que a rede de saúde da família vem sendo criada de maneira desarticulada com o restante do sistema, havendo pouca relação entre atenção primária e especialidades e hospitais.

[...] Então a **ortopedia é bastante gente que precisa**, só que assim, **tem uns que é aquela coisa assim que dá pra esperar mas tem uns urgente, tem uns que, que precisa mesmo assim, que num, se não for aquela vaga**. Então o que mais eles cobram é isso a ortopedia, esses encaminhamentos são mais demorados mesmo. Que tem mais demanda na comunidade. Ó, na nossa área tem muito idoso, então é muito problema ósseo, osteoporose, todas essas doenças que precisa de uma ortopedia pra fazer uma avaliação [...] É, ela faz os primeiros procedimentos aqui e quando ela vê que necessita, ela encaminha, só que o ortopedista é muito demorado [...] é uma especialidade que desde o começo **nós temos muita demanda, é poucas vagas que tem por mês e é muita gente esperando, então caba criando essa demanda e é onde que eles ficam nervosos** [...] Já ficou mais de um ano [as não urgências] (ACS9, USFB).

[...] Encaminha bastante. [...] deixa eu ver o que mais, ah tem especialidades, não exame, **especialidades é mais ortopedia, otorrino, pequenas cirurgias, cirurgia mesmo geral**. Não. Por exemplo, **retirada de um cisto, não é feita aqui é tudo fora. Porque também a agenda da gente fica cheia**. A agenda é muito cheia, não da. Não, não tem material, antigamente, a gente tinha, aí como não tava fazendo mais, aí a gente mandou lá. É, mas só que também não dá, a agenda dela tá lotada (AE3, USFB).

Ferreira (2007, p.111), discutindo a função regulatória do Complexo Regulador em um município do interior do estado de São Paulo, assinala a importância da compreensão por parte de todos os usuários do sistema – gestores, trabalhadores e usuários – da avaliação de risco a partir da análise da situação apresentada pelo usuário “pautada por critérios que visassem à integralidade da atenção a ser oferecida em tempo oportuno e necessário à resolução do caso”. A organização dos fluxos de referência e contra-referência

necessita ser pautada pela relação demanda-oferta e avaliação de risco das situações demandadas pelos usuários, bem como a existência de mecanismos que visem à equidade e integralidade da atenção mais que a distribuição de vagas fixas para as unidades de saúde.

Seria, ainda, importante considerar a resolubilidade da atenção básica, com a existência de ferramentas que possibilitassem a resolução dos casos, e o encaminhamento para outros níveis de atenção apenas em situações que a Atenção Básica não pudesse dar solução. Takeda (2006), discutindo a organização de serviços de atenção primária à saúde, aponta que estudos realizados nessa área indicam que cerca de 9% dos atendimentos realizados nesse nível de atenção resultaram em encaminhamentos para cuidados secundários e terciários. Dessa forma, seria importante considerar como, quanto, em que situações, nas unidades estudadas, estão sendo realizados os encaminhamentos para as áreas referidas pelos trabalhadores, e a avaliação desses encaminhamentos a partir da avaliação efetiva dos casos que não poderiam ser resolvidos nesse nível.

Certamente a demora no encaminhamento para os níveis secundário e terciário do sistema de saúde apresenta interfaces ligadas à organização do sistema e dos serviços de saúde, com os recursos disponíveis em todos os níveis de atenção, com a qualificação das unidades de saúde e de seus trabalhadores para o atendimento às necessidades de saúde dos usuários.

Pelas falas dos trabalhadores sujeitos da pesquisa, essa questão ainda parece não fazer parte do cotidiano de sua prática. Não parece haver uma discussão pautada pela organização de ferramentas para o enfrentamento desses pontos,

como uma análise apoiada pela gestão/gerência da unidade para identificar os pontos de estrangulamento e as possibilidades de intervenção.

O Ministério da Saúde aponta que a USF é aquela destinada a

realizar atenção contínua nas especialidades básicas com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades [...] características do nível primário de atenção. Representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e a contra-referência para os diferentes níveis do sistema, desde que identificada a necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados. [...] caracteriza-se como porta de entrada do sistema local de saúde. Não significa a criação de novas estruturas assistenciais, exceto em áreas desprovidas, mas substitui as práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde (Brasil, 1998, p.11).

Mishima (2003, p.107) afirma que

ser porta de entrada, ser o primeiro nível de atenção requer que se reveja a forma como os usuários são recebidos e como suas demandas são recortadas como problemas que exigem intervenção da equipe de Saúde da Família ou de outros níveis de assistência. Neste sentido, a articulação da Saúde da Família ao sistema de saúde é fundamental, uma vez que a demanda a outros níveis assistenciais se faz presente, de modo que hierarquização se constitui em um dos instrumentos de extrema importância para a que concepção de porta de entrada, de primeiro contato possa se efetivar. Viabilizar a diretriz da hierarquização é fundamental para aumentar a resolubilidade da atenção à saúde.

Muitas vezes, os instrumentos para a organização da atenção existentes no município não se mostram efetivos, e sua utilização acaba sendo subestimada face às estratégias desenvolvidas na Unidade de Saúde da Família para se processar a atenção. Exemplo dessa questão é o relatório que o hospital envia informando as internações do mês e que chegam, tardiamente, nas unidades de saúde. A fonte de informação não é o relatório e sim as visitas domiciliares realizadas pelo ACS e os contatos com a população.

[...] mais um motivo das visitas, **vê os internados, aí depois no outro mês sempre vem o relatório do hospital falando quantas**

internações que teve. Este relatório do hospital, na verdade, quando ele vem pra gente, a gente já sabe que a pessoa foi internada, geralmente vem um mês, dois meses depois, a gente já fez a visita, já sabe tudo, é só pra vir mesmo, pra eles informarem a gente, mas a gente já ta sabendo... Não é novidade! É a gente já sabe! Via visita mesmo, às vezes assim o familiar do paciente acaba vindo aqui, mas é pela visita mesmo e como a gente, assim... Ta sempre andando por aí, a gente ta passando, todo mundo conhece a gente [...] (ACS2, USFA).

O movimento apontado até o momento mostra que, apesar de o foco central da produção das ações na Saúde da Família, para os trabalhadores desse estudo, se constituir nas ações centradas na promoção e prevenção, o trabalho cotidiano é marcado por um conjunto de demandas e necessidades de atenção postas pelos usuários que buscam atenção nas unidades. A preocupação e o esforço em ações educativas em grupos são constantemente atravessados pelas demandas dos usuários, pela busca de atenção à resolução de suas queixas, pela busca da assistência em outros níveis de atenção, demarcando movimentos pelas equipes, a partir dos usuários, na direção da integralidade nem sempre alcançada, nem sempre compreendida, mas de certa forma perseguida nas pequenas e distintas ações cotidianas.

Assim, podemos observar que há um processo de mudança em curso sem, no entanto, operar uma mudança significativa na Composição Técnica do Trabalho (CTT), ou seja, a razão entre ‘trabalho vivo’ e ‘trabalho morto’, no núcleo do cuidado, que permanece sob hegemonia do segundo, revelando que não há uma alteração estrutural no modo de produzir saúde (MERHY, FRANCO; 2003).

Para Franco e Merhy (2006), a Saúde da Família aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho no qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional que, em última instância, é o que define o perfil da assistência. Concordamos com esses autores ao afirmarem que o fato de realizar

visitas domiciliares e trabalhos de orientação/operativo não significa que a equipe de saúde tenha abandonado sua prática “procedimento-centrada”; pois é possível identificar o enfoque na lógica instrumental, tecnologias duras centradas, realizado a partir do ato prescritivo.

Considerando essas reflexões, perguntamos-nos se essa equipe de saúde, mesmo demonstrando empenho, está conseguindo elaborar e desenvolver um plano de cuidado que apreenda, traduza e atenda as necessidades de saúde da população. Identificamos nas falas dos sujeitos que os usuários não aderem aos grupos de orientação/operativo, ou seja, a participação é pequena e, mais, as pessoas não estão mudando seu modo de viver.

A gente procura atuar, a gente vai até o nosso limite, tudo tem um limite, a gente pode tá assim orientando, por exemplo, um jovem sobre as drogas, tá orientando, mas eu não posso impedir que ele vá lá e use drogas, a gente vai até onde a gente pode, a gente pode tá orientando uma mãe quanto ao bebê, orientando um idoso como fazer com a prótese pra conservar a prótese, mas assim se ele vai fazer, a gente não tá lá pra vê, a gente não pode obrigar ninguém fazer na verdade, a gente procura fazer até onde a gente pode [...] (ACD1, USFA).

Então, a gente tenta, assim, às vezes, montar grupo de adolescentes e tentar trazer eles pra perto, pra gente poder orientar, criar grupos que eles estejam inseridos, pra ver se não ficam com tanto tempo ocioso, eu, acho assim, na maneira do possível a gente tenta, às vezes até eu acho que a gente até tem um bom vínculo, porque, eles não, nunca nos fizeram nada, nunca, com nós sempre respeitaram, e a gente tenta assim, **é um pouco difícil, porque as vezes a adesão não é completa, deles, nos grupos,** nesse grupo dos adolescentes, essas orientações que a gente tenta fazer, mas a gente tá tentando. Então, eu não sei o motivo assim, porque às vezes **a gente faz esse grupo pra falar de sexo, de drogas, falar de planejamento familiar, pra orientar, e eles, não sei, se sentem acanhados de vim, de se expor,** ou às vezes porque sabem que a gente tá tentando chegar até eles, de uma maneira **e eles não querem, preferem ficar eles lá e nós aqui, e não entendo** muito assim, mas a gente assim... a gente tenta, sempre tenta, sempre vê uma nova maneira, pra atrair, convida, vai na casa, pessoalmente, manda convite (AE2, USFA).

Então é o que eu falei, **a gente está tentando fazer um grupo de adolescentes, para tentar trazer pra a unidade.** Só que às vezes é difícil, porque assim, **dependendo da atividade eles não ficam interessados,** nas atividades que a gente desenvolve aqui. Porque a gente tá com a computação, com o grupo de dança, e até uma certa idade, eles ficam, saúde bucal também, então assim, até uma certa idade eles ficam. Depois, a gente peca um pouco na parte de adolescente, no grupo de adolescente. **Pra gente conseguir chamar eles é mais difícil, a gente conseguir fazer uma atividade que interessa a eles.** Tinha um aluno de medicina, que estava fazendo um grupinho com eles, tava dando

orientações na parte de doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, mas algumas mães não estavam gostando, apesar de ter conversado com elas, elas achavam que não era interessante (Den1, USFA).

Como mencionamos acima, parece-nos que a equipe de saúde desconsidera as condições do contexto socioeconômico, político e cultural da sociedade brasileira. Considera que a população não conquista melhores condições de vida porque não deseja, referindo que os usuários não participam dos grupos de orientação/operativo porque são preguiçosos, estão desinteressados em ações de promoção e proteção à saúde ou no caso dos adolescentes, apresentam vergonha, timidez ao discutir sexualidade e drogadição, por exemplo. Há referências sobre a equipe de saúde realizar intensas e diversificadas ações para envolver população nos grupos, como convite pessoal, cartazes, como também se organizar para conseguir brindes/agrados a serem oferecidos no desenvolvimento da atividade e mesmo assim não alcança seus objetivos.

Ó ela [unidade de saúde] me oferece bastante coisa, na verdade a população que é preguiçosinha, não adere muito, aqui a gente tem o curso, aula de ginástica, a gente ta tendo toda terça-feira, fizemos a maior propaganda, convidamos um monte de gente. Vai poucas pessoas, tem o **curso de artesanato** com a ACS, toda quarta-feira, o próprio **curso de gestantes** tinha... **A gente já tentou fazer o grupo de adolescente,** assim, grupo, a gente já teve bastante, assim, **o grupo de computação com as crianças** de 7 a 8 anos, então, tem esses tipo de coisa, esses tipo de grupo mesmo, **tem palestra.** Todo ano, no dia internacional da mulher, acontece palestra lá no CAC, sempre com tema assim de prevenção de Colo de Útero e de Mama, a gente, teve um ano, a gente conseguiu de uns 40 á 50 brindes, conseguimos no comércio, de doação, aí, **vieram alguns profissionais dar palestra, a gente ta sempre tentando fazer promoção de saúde,** pra dar esse tipo de palestra e na própria reunião de comunidade. O doutor ou a enfermeira sempre tem uma..., alguma coisa pra acrescentar. Além da reunião e todos os problemas da comunidade, **procura sempre fala da prevenção de câncer do colo de útero, a gente fala da própria infecção respiratória,** orientar, mais assim, a população não adere muito, não vem na reunião, vem, mas vem muito pouca gente, então... Ó, o meu modo de pensar é assim eu acho que..., como é muito perto do posto de saúde, acho que..., tudo que **é muito fácil, às pessoas não dão valor,** porque é tão pertinho vir aqui no posto de saúde, pra uma reunião, pra um grupo, ali, no CAC, tão pertinho, acho que eles não valorizam. Não valorizam, assim, por ser muito fácil, porque a gente conhece unidade, que às vezes as casas é tão longe do posto de saúde

e as pessoas vão e aqui **convida, faz propaganda, a gente prega panfleto nos prédios, divulga bastante**. A eu acho que é por aí, **o grupo mesmo e as palestras, palestras pra ganhar promoção da saúde**, as campanhas de vacina, a gente procura enfeitar o posto, conseguir bala, cachorro quente tudo isso pra atrair as pessoas, e tipo assim, as crianças gostam daqui do posto [...] (ACS2, USFA).

Stotz (1993) toma a classificação de Tones, que discrimina a Educação e Saúde em quatro enfoques: educativo, preventivo, desenvolvimento pessoal e radical para afirmar que o enfoque de educação dominante nos serviços de saúde é o preventivo. Os pressupostos básicos desse enfoque são de que o comportamento dos indivíduos está implicado na etiologia das doenças modernas (crônico-degenerativas), comportamento visto como fator de risco (dieta, falta de exercício, fumo, etc) e também de que os gastos com assistência médica têm alta relação em termos de custo/benefício.

Ainda para Stotz (1993), essa educação orienta-se segundo o “modelo médico” e cabe, nessa perspectiva, estimular ou persuadir as pessoas a modificar esses padrões, substituindo-os por estilos de vida mais saudáveis. Para tanto, elabora-se uma série de programas cujo conteúdo é extraído da clínica médica e/ou da epidemiologia. A eficácia da educação se expressa em comportamentos específicos como deixar de fumar, aceitar vacinação, desenvolver práticas higiênicas, usar os serviços para prevenção do câncer, realizar exames oftalmológicos periódicos.

O enfoque educativo enfatiza “o lugar do indivíduo, sua privacidade e dignidade”, propondo no campo da ação o princípio “da eleição informada sobre os riscos de saúde”. O sujeito da ação é o educador, que deve “compartilhar e explorar as crenças e os valores dos usuários dos serviços a respeito de certa informação sobre o serviço, bem como discutir suas implicações práticas”. Nessa perspectiva, pressupõe-se “a demonstração de que o usuário tenha uma

compreensão genuína da situação” (STOTZ, 1993, p. 16).

O enfoque de desenvolvimento pessoal adota as mesmas proposições do educativo, enfatizando as potencialidades do indivíduo. Stotz (1993, p. 16) refere que, nessa perspectiva,

é fundamental, assim, facilitar a eleição informada, desenvolvendo destrezas para a vida, a exemplo da comunicação, da gestão do tempo, do ser positivo consigo mesmo e de saber trabalhar em grupos. Tais destrezas incrementam a capacidade individual para controlar a vida e a recusar a crença de que a vida e a saúde estão controladas desde o “exterior” (destino, homens poderosos).

O autor afirma que esses enfoques “baseiam-se na assunção da responsabilidade individual sobre a ação e no aperfeiçoamento do homem através da educação” (STOTZ, p. 18).

O enfoque radical considera que as condições e a estrutura social são causas básicas dos problemas de saúde. Nessa perspectiva, a educação é concebida como uma atividade “cujo intuito é o de facilitar a luta política pela saúde. O âmbito da ação, sendo a luta política, envolve o Estado. E a intervenção deste, através de medidas legislativas, normativas e outras, pode modificar as condições patogênicas” (STOTZ, 1993, p. 18).

O autor conclui que há necessidade de combinar enfoques diferentes, ou seja, de procurar uma síntese que incorpore aspectos de distintas abordagens, pois a educação e saúde dirigem-se a “indivíduos que para enfrentar seus problemas devem agir como sujeitos de suas próprias vidas e, para tanto, adquirir consciência da ampla tessitura social na qual estão inseridos” (STOTZ, 1993, p. 19).

Para o autor não significa que os trabalhadores de saúde devam, como técnicos, traçar planos para mudança social, mas deveriam socializar seu saber técnico para grupos que necessitam e requerem mudanças sociais. Dessa forma, a meta “não seria apenas ‘explicar’, mas também ajudar indivíduos e grupos a

‘examinar as bases sociais de suas vidas e de trabalho’ enquanto condições adversas à saúde, e ‘identificar os problemas de saúde em suas comunidades’ [...]” (STOTZ, 1993, p. 22).

A perspectiva de educação dos grupos de orientação/operativo, apontada nas unidades de saúde estudadas, parece que combina diferentes enfoques, porém esses estão restritos ao “educativo”, ao “desenvolvimento pessoal” e ao “preventivo”, ou seja, o “enfoque radical” não está incorporado nessa síntese. Essa prática não possibilita atender às necessidades de saúde de maneira ampliada, conforme estamos concebendo, e ainda, culpabiliza os usuários pela suas condições de vida e trabalho.

(2004/2005) assinala que os serviços de saúde devem:

[...] além de incorporar tecnologias e referenciais necessários, é preciso implementar espaços de discussão, análise e reflexão da prática do cotidiano do trabalho e dos referenciais que orientam essas práticas, com apoiadores matriciais de outras áreas, ativadores de processos de mudança institucional e facilitadores de coletivos organizados para a produção (CECCIM, 2004/2005, p. 166).

Estabelecer coletivos organizados para a produção implica movimentos de exercício de poder e o estabelecimento de projetos que busquem transformar a prática cotidiana.

Poderíamos reafirmar, com a ajuda das afirmações de Mishima (1995, 2003) que a gerência das unidades de saúde implica o exercício de poder, ou seja, cabe à gestão/gerência em seu exercício cotidiano, ou às instâncias gerenciais, a possibilidade de tomada de decisão, de exercício de poder nas dimensões: técnica, administrativa e política. Essas dimensões, já trazidas anteriormente, são apontadas por Mario Testa, sanitarista argentino e pensador da Saúde Coletiva latino-americana, que afirma que o poder técnico refere-se à capacidade de gerar,

aceder, lidar com a informação de características diferentes, diversas formas de conhecimento. O poder administrativo seria aquele voltado aos processos que manejam recursos (incluídos os trabalhadores envolvidos no processo de trabalho em saúde), volta-se à capacidade de se apropriar de recursos e de distribuí-los, bem como atuar sobre aqueles existentes para atingir o objetivo colocado para o desenvolvimento do trabalho em saúde. O poder político se volta à capacidade de mobilizar grupos sociais em demanda ou reclamação de suas necessidades e interesses (TESTA, 1992).

Bertussi e Mishima (2003) discutem que o exercício de poder nos serviços de saúde se volta a criar possibilidades de promover mudanças e/ou legitimar situações dadas, e que a gestão/gerência, enquanto instância de poder, constitui uma ferramenta fundamental para oferecer dada direcionalidade ao processo de trabalho em saúde.

Considerando esses aspectos, podemos dizer que a gerência das unidades de saúde parece aproximar-se do exercício dos poderes técnico e administrativo, mas, ao mesmo tempo, não faz o movimento do exercício do poder político na condução da unidade de saúde, a fim de conformar uma direcionalidade para a construção de um modo de produzir a atenção pautada por critérios que encaminhem para a autonomia do usuário, da equidade e integralidade da atenção.

Outras situações se fazem presentes nas falas dos trabalhadores que vão se encaminhando na direção apontada acima. Alguns trabalhadores entrevistados referem dificuldades na identificação de ferramentas eficazes, no atendimento às necessidades de saúde relacionadas às boas condições de vida, como por exemplo, a drogadição.

É complicado, porque a gente não pode bater de frente com eles, porque eles fazem parte de uma comunidade, nós trabalhamos pra esta comunidade, com os problemas, as características que eles têm, então nós não podemos interferir no modo de vida, a gente pode não aceitar, mas aí o nosso limite é só isso, não tem o que fazer,

nós estamos de mãos atadas. A gente trabalha com as crianças, na prevenção, fala sobre drogas, nós temos vários grupos, onde a gente desenvolve, a fala sobre drogas, como a droga funciona, mas jamais a gente pode colocar as crianças que também são filhos dos traficantes contra os traficantes (ACS4, USFA).

Em algumas falas dos sujeitos da investigação aparece a necessidade de buscar parcerias para desenvolvimento dos grupos de orientação/operativos, que envolvam outras dimensões do processo saúde-doença. Entretanto, há o entendimento da parceria de maneira contraditória, pois referem que os profissionais de outros setores não contribuem com o trabalho de uma forma mais ampla. Por outro lado, contudo, são considerados como força de trabalho, substituindo-os quando necessário. Parece que a perspectiva de parceria é mais num sentido utilitário, em que a participação não busca a autonomia do outro e do grupo, visto que ainda seu desenvolvimento se dá em uma perspectiva restrita de educação em saúde. Parece não estar presente a dimensão do exercício do poder político trazido por Testa (1992), ou seja, mobilizar as parcerias poderia significar se juntar a outros sujeitos na construção de projetos de intervenção nos quais todos estariam envolvidos e se responsabilizando na busca de enfrentamento às situações presentes.

É tipo assim, **o meu serviço, ele aumentou e o meu tempo diminuiu. Então eu vou ter que dar conta em menos tempo, tudo bem, que eu posso fazer um pouco a menos, mas aí a gente busca parceria**, que nem, no grupo de artesanato a gente tem duas pessoas, voluntários, que são responsáveis pelo grupo. Então eu deixo o material com elas, então assim, se dá pra eu ir lá e ficar um período inteiro com o grupo eu vou, quando não dá, eu ligo e falo 'olha hoje não vai dar para eu ir', sem problema nenhum. Então assim, eu sei que acontece a mesma coisa, que é o que a gente aprende, não vamos dar tudo, não que a gente dá para cobrar o amanhã, não, mas vamos trabalhar em equipe, desde que há uma equipe aqui dentro em serviço, uma equipe no nosso grupo, porque se acontecer algum problema de saúde comigo, então quer dizer que daí o grupo não pára, **se eu ficar de licença um ano o grupo vai parar? Não pode parar. A parceria é assim, não que eles me ajudem no trabalho, mas eles me ajudam em mão-de-obra**, entendeu? [...] então isso eu **chamo de parceria, como eu não posso estar ali, como eu estou com o tempo corrido, tenho que estar em outro local, mas eu sei que está tendo, onde eu deveria estar** (ACS1, USFA).

É porque a gente sempre fala que dependendo do ano, porque como **nós perdemos o nosso político, sabe a gente contava, então as doações eram mais fáceis para serem conseguidas**. Porque a gente trabalha assim, muitas vezes com doações e com ajuda daqui mesmo. Aham ele não ganhou. É o vereador. É porque assim, é mais fácil para conseguir. Dá para conseguir no Tauste, em algum supermercado, eles são muito bons. O Tauste é o que doa mais pra gente. Porque queira ou não queira envolve gasto, essas atividades. [...] (Den1, USFA).

Nota-se, porém, que tem-se revelado uma perspectiva de parceria de maneira mais ampliada, ou seja, possibilidade de envolvimento com outros serviços/instituições para atendimento às necessidades de saúde da sociedade.

A gente **sempre procura trabalhar num socioeconômico cultural**, então à gente sempre procura abordar todos esses níveis quando a gente pensa na promoção, na prevenção, então, a gente tem limitações que são de ordem econômica, mas a gente poderia tá fazendo mais atividades e não consegue, a gente procura, no social, essa questão de tá fazendo reuniões, tá comentando, discussões entre eles. Agora a gente tá **comentando a criação da associação de moradores**, tá meio complexo porque parece que já existia uma associação e eles nem sabiam muito bem como que tava isso, então, a gente faz uma reunião aqui com os moradores comenta o tipo de discussão, dá um suporte técnico do que a gente pode. A gente já **procurou um advogado pra tentar tá ajudando**, então **à gente faz essa parceria com eles nessa questão social** porque a gente, a gente imagina, que a partir da, associação de moradores, vá se conseguir muitas coisas que a comunidade precisa. Por exemplo a gente vê muitas crianças fora, num é que é fora da escola, mas no período que eles deviam estar em casa, os pais tão trabalhando, eles tão na rua e aí aquele risco drogadição, prostituição, não tem como segurar essas crianças, ideal de que tivesse, por exemplo, **um centro de crianças aqui dentro**, que área fixa a gente tem. A gente tem os CASs que estão sendo destruídos, e a gente já procurou saber se com a associação de moradores a gente conseguiria ter um lugar desses pra tá acolhendo essas crianças, mesma coisa **um curso profissionalizante**, outro problema aqui, precisava de emprego, mais não tem realmente porque num tem nenhum tipo de atividade, nenhum tipo de profissionalização, nada, e que a gente vê que são problemas sérios. [...] Então assim a gente vê que o maior problema é o social, social acaba ficando, todos os outros, prejudica a família, começa a violência, crianças começam a ter problemas na escola, então a gente, a gente tem que começar a investir nisso também com a comunidade (Enf1, USFA).

Considera-se que a Associação de Moradores é o primeiro espaço de busca de parceria, com intuito de envolver a comunidade na identificação dos problemas da área de abrangência. Outros parceiros são possíveis - PROERD, Alimente-se Bem por Um Real, Programa de Voluntariado (há uma professora para dar aula para estudantes que não estão bem na escola e/ou para aqueles que gostariam

de aulas de inglês) e Eficiência em Recursos Humanos se fazem presentes. São possibilidades importantes, fazendo-se necessário o movimento de construção dessas parcerias.

Ó de primeira, a gente ta tentando buscar parceria com a Associação de Moradores. Nós primeiro é, primeiro a gente quer envolver a população, que eles compreendam, porque é uma, é uma necessidade da população, também, não é só da equipe, a população também quer e todas as crianças vão ser adolescentes, e como a população ta vendo o problema, que a gente ta tendo, eu acho que aqui, com crianças que a gente viu crescendo e já ta com oito anos que eu to aqui. Que eu moro aqui, então a gente vê as crianças que eram..., mudaram aqui com seis, e hoje já tão indo pra um caminho, umas pra um caminho bom, outras não, então a gente, **primeiro a gente quer a Associação dos Moradores envolvida, aí a gente vai buscar parceiros, é parceiros, como o PROERD, a gente vai tentar o programa do PROERD, a gente vai tentar o Alimenta-se Bem por Um Real, o Programa de Voluntariado, a gente vai tentar Eficiência em Recursos Humanos,** a gente vai, quer buscar parceiros, no voluntariado, a gente quer mais assim voluntários, uma professora pra dar aula pra aquelas crianças que não tão indo bem na escola, aqueles adolescentes que se interessam em alguma outra coisa 'Ai eu quero aprender inglês', uma voluntária, a gente quer formar isso. **É uma coisa grande, que vai levar tempo,** mas a gente, a gente **quer construir tijolinho por tijolinho,** mas a gente quer começar com a associação de moradores, pra ser uma coisa forte e como a nossa associação de moradores, ela foi formada um dia, hoje, ela ta desmembrada, então, a gente ta tentando fazer com que a população se reúna pra levantar essa associação de novo, eles estão muito interessados nisso, aí depois a hora que já tiver tudo certinho a gente vai passar o projeto PAC (Projeto Adolescente Cidadão) pra eles (ACS3, USFA).

Interessante observar, apesar de todo esforço em desenvolver ações de saúde na perspectiva da promoção e proteção em saúde com enfoque nos grupos de orientação/operativos, uma fala em que o trabalhador de saúde revela a impotência diante da realidade social. Ele considera que a busca de parceria é inviável, pois nem a segurança pública consegue desenvolver seu trabalho.

Eles têm certeza que é o dia de amanhã aqui é complicado pra eles também, que eles precisam, que lá fora tem outras coisas, que eles tem que estudar muito pra fugir daqui. Só que eles também vêem que assim, que a nossa realidade é essa, então se fica o bicho pega, tem que fugi mesmo daqui. Então, é complicado, porque **o lugar, ele já tem uma fama meio que complicada, é paredão do PCC,** aqui então mil e uma coisa, então **o tráfico aqui, a polícia mesmo...** Paredão do PCC. Porque tem muito, muito traficante, entendeu, automaticamente, **a gente liga na delegacia, eles próprios falam que não podem fazer mais nada,** entendeu, então assim **é complicado, porque assim, se a gente não pode mais contar mais com a polícia, com quem nós vamos**

contar? Como que eu posso conviver em uma sociedade, numa comunidade onde eu denuncie, eu não posso fazer isso. Com certeza [população percebe]. **Todo mundo tem medo, aquilo que impera mesmo é a lei da favela, aqui ninguém viu, ninguém sabe de nada** (ACS4, USFA).

Como já apontada anteriormente, a diretriz da intersetorialidade como possibilidade da integralidade ampliada, faz-se presente no discurso oficial, mas, na prática concreta dos serviços de saúde, ainda se apresenta como imagem, objetivo, como construção que se dá dia-a-dia, com dificuldades na articulação dos parceiros.

Os trabalhadores de saúde da USFB estão desenvolvendo o trabalho em grupo não só para promover informação e educação, mas também como um espaço de diálogo para, com e entre os usuários. Nesses espaços, a questão do acolhimento dos usuários está colocada, principalmente em função da grande demanda que chega até a unidade de saúde.

Para compreendermos a construção da integralidade no sistema público de saúde, faz-se necessário entendermos, de maneira contextualizada, os conceitos de demanda e oferta, para além da explicação econômica, ou seja, tomar também o referencial das ciências políticas e sociais (SILVA; PINHEIRO; MACHADO, 2003).

Pinheiro (2001) refere que alguns estudos, voltados à explicação econômica, entendem que a demanda relaciona-se apenas aos usuários ou consumidores e a oferta está ligada somente aos serviços propriamente ditos. Para Silva, Pinheiro e Machado (2003, p. 239) a demanda e oferta são

categorias que permitem apreender as dimensões assistencial, tecnológica e política, que têm no cotidiano das instituições de saúde seus elementos constitutivos. Afinal, são essas dimensões que envolvem a formulação, a execução e a análise das políticas de saúde no campo da organização dos serviços que as instituições mantêm dentro do sistema. Assim, entende-se que a

demanda e a oferta são construídas a partir de uma ação social, podendo incluir tanto a objetividade quanto a subjetividade de seus atores, assim como suas falas e práticas no interior das instituições de saúde.

Os autores concluem compreendendo “a demanda como fruto de uma relação e interação entre os atores que têm necessidades, desejos e projetos institucionais distintos e que, portanto, devem ser considerados” (SILVA; PINHEIRO; MACHADO, 2003, p. 240).

Essa relação da oferta e demanda, apoiada numa concepção que considera a interação entre os atores envolvidos, em suas expressões de objetividade e subjetividade, na apreensão das necessidades de saúde, parece nem sempre estar presente no trabalho das unidades de saúde. Entretanto, brechas se fazem presentes e indicam a possibilidade da construção de alternativas. Na USFB, os trabalhadores estão constituindo um grupo denominado de “grupo de reflexão” para acolher os usuários quando demandam explicitamente ou implicitamente necessidade da escuta, do vínculo, como também, para conseguir atender à demanda espontânea.

[...] Olha, o grupo que a **gente começou a fazer o de reflexão**, a gente já **começou pensando um pouco em demanda e em acolhimento**, porque a gente acha se a gente conseguir trabalhar um pouco disso aí com eles, isso aí **essa angústia que eles têm de não sair, de não ter ninguém pra conversar, então a gente acha que automaticamente vai diminuir um pouco na demanda**, então a gente pensa assim, a gente vai discutindo, vai tentando bola grupo, vai tentando, pra poder sabe, amenizar um pouco disso mais a gente tá aguardando resultado, nada do dia pra noite, mas vamos ver [...] (AE4, USFB).

[...] A eu acho que não porque tem dias que a **demanda é muito grande, a gente não dá conta**. Pensa, a enfermeira, já tá até fazendo um grupo, de, não, é **um grupo de acolhimento, de reflexão** que aí ela convida essas pessoas, **principalmente essas mais deprimidas**, assim que **gostam de vir aqui pra conversar quer, e muitas vezes na correria a gente não tem tempo**, aí fala ‘oi ah! tá’, às vezes a pessoa quer conversar, mas **eu não posso deixar três esperando pra ficar batendo papo e às vezes eles querem isso**, então a enfermeira já tá desenvolvendo esse grupo, vamos ver com o tempo, quem sabe dá (AE3, USFB).

Na fala da trabalhadora abaixo, o grupo de reflexão é um espaço em que as pessoas socializam os seus problemas, podem se expressar.

Eu acho que sim, **tanto que nós temos o grupo de reflexão que você não tem noção de como está dando certo, é muito legal, nunca participei, mas elas falam para mim.** Então é um grupo de reflexão dela e geralmente a gente convida esses pacientes que a gente sempre sabe que está aqui na unidade, que todos os dias ele vem bater cartão aqui e queixa de uma dor aqui, dor ali, **mas a gente sabe que não é dor Não é. [dor física] Solidão, solidão, tristeza também, aquela vida miserável, aqueles problemas que você vê e fala: 'Meu Deus do céu, como eu sou feliz', então a enfermeira pede para eles contarem, cada um conta seus problemas depois eles discutem, qual é o pior, se o dele é pior vamos tentar ajudar ele no problema dele,** ajudar a solucionar o problema dele, e choram. Como que fala isso? Igual tem no AA que a pessoa vai lá falam e choram, conta o problema dela... É depoimento, aí vai lá dá seu depoimento e todo mundo tenta ajudar, aconselhar. **Eu acho que sim, tem dado certo, faz pouco tempo que a gente tem esse grupo,** então a enfermeira tem falado que ela está adorando, nossa, que chora, **a pessoa chora, desabafa,** porque como eu falo, é mais fácil contar seus problemas para pessoas que você não conhece do que contar para pessoas que você conhece, porque se você vai contar para pessoa que você conhece, ela pode te complicar, para pessoa que você não conhece é mais fácil para você desabafar (Den2, USFB).

Esse grupo de reflexão é recente e foi construído no espaço do curso de capacitação de agentes de saúde, sendo que, no momento, somente a enfermeira participa do grupo.

Então, **ele [o grupo] é recente, a gente desenvolve, ele no grupo, [...] que foi nesse curso de agente comunitário.** [...] então assim é um grupo novo, ta começando, tem, tem de crescer ainda, que nem eu falei, onde a pessoa pode expor assim os problemas que ela tem assim, sua experiência, muitas vezes ela só quer conversar mesmo, e é, e é uma deixa assim pra gente fazer esse grupo, pra ela ta participando. A gente convida. A gente convida no horário que é marcado, é, **o combinado foi fazer, ta envolvendo a equipe inteira, mas por enquanto só ta a enfermeira. É a equipe, coordena.** [...] (ACS7, USFB).

É a equipe que coordena, mas só a enfermeira participa. Essa questão chama a atenção, pois mesmo considerando a divisão de trabalho necessária no trabalho cotidiano, por que só um trabalhador se responsabiliza pela ação? Haveria a centralização da atividade em um único trabalhador? Por quê? Onde estaria a possibilidade de essa equipe ser a referência para a escuta dos problemas? Como essa equipe tem compreendido seu papel no atendimento à

demanda espontânea? Como tem compreendido a prática do acolhimento dos usuários? Muitas interrogações ...

A constituição da equipe, da forma como estabelecida inicialmente pelo Ministério da Saúde, como uma “equipe mínima”, e tomada muitas vezes como a “equipe necessária” pelos gestores municipais, tem interferido no desenvolvimento das ações e na conformação de modos de se operar a atenção na Saúde da Família?

As falas dos sujeitos da USFB revelam que os trabalhadores de saúde se sentem sobrecarregados com o volume de trabalho na unidade de saúde.

A gente tentou as duas coisas, **no individual em cada consulta que é feita, em cada atendimento, quer seja no balcão, de aferição de PA, da farmácia ou dos atendimentos de consulta agendada**, a gente está sempre: “chovendo no molhado”, falando de novo Teve que haver imposição inicial sabe, não tinha como abrir para a população: “você concordam em colocar um limite de demanda ou vamos atender todo mundo?” É lógico que eles iam falar: “vamos atender todo mundo” né. Então, assim de início teve que haver uma imposição, falar: “olha a doutora só atende até tantos”. Só que é uma imposição dentro de um critério, assim **se chega uma urgência fora desse limite que eu impus, é claro que eu vou atender, eu não vou mandar uma urgência, uma emergência embora**. Mas, a gente teve que impor, a gente **fez bastantes cartazes e colocou na unidade**, principalmente quanto à questão da medicação, a gente teve que colocar cartaz na farmácia de que não pode dispensar medicamento sem receita médica, ou sem uma avaliação da médica ou da enfermeira, isso também teve que ser falado em reunião de comunidade (Med2, USFB).

A equipe busca estratégias para enfrentar a demanda: a orientação durante os atendimentos realizados na unidade quanto à mudança na organização da demanda espontânea, a necessidade de impor limite no número de casos que o trabalhador médico atenderia, o atendimento das situações de urgência/emergência, a não distribuição de medicamento sem prescrição médica, a utilização de cartazes informativos sobre algumas questões de atendimento e a orientação em reunião de comunidade. Poderíamos ainda incluir aqui o grupo de

reflexão, como uma possibilidade de relação e interação entre trabalhadores e usuários, como já trazido anteriormente.

Merhy e Franco (2002), como já apontado, falam da necessidade do enfrentamento, pela Saúde da Família, das dores e sofrimentos dos usuários, sendo necessário o desenvolvimento de uma boa clínica que ganhe a dimensão da escuta qualificada – a construção de uma clínica ampliada para o atendimento das necessidades dos usuários, expressas na sua busca espontânea pela unidade de saúde.

Esses mesmos autores em outro estudo, afirmam que:

[...] seus mentores [da Saúde da Família] considerarem que podem organizar e estruturar a demanda de serviços da UBS, a partir exclusivamente de usuários que devem ser referenciados pelas equipes do PSF. Dessa forma elimina a possibilidade de atendimento à demanda espontânea, o que se constitui em uma doce ilusão. A população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimento e angústias, e não havendo um esquema para atendê-la e dar resposta satisfatória a seus problemas agudos de saúde, vão desembocar nas Unidades de Pronto-Atendimento e Prontos-Socorros, como usualmente acontece. Este é um erro estratégico na implantação do PSF, o que enfraquece em demasia sua proposição, visto que a população acaba por forçar a organização de serviços com modelagens mais comprometidas com os projetos médico-hegemônicos para responderem a suas necessidades imediatas (FRANCO; MERHY, 2006, p. 106).

Nessa direção, o atendimento da demanda espontânea pela equipe de saúde certamente passa pela reorganização do processo de trabalho, ou seja, é preciso interpretar a essência dos processos de trabalho em saúde e, para tanto, faz se necessário, conforme apontam Franco e Merhy (2006), incorporar novos conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas, uma nova ética, que deverão estar pautados pela solidariedade e pela cidadania.

Tarefa árdua, mas necessária, Tal proposição está articulada a uma opção técnico-política que configura um dado modo de operar os serviços, mas também

conta com a presença de sujeitos que possam cotidianamente gerir ferramentas e equipes nessa direção. Ou seja, que possam apoiar o processo de reflexão e de constituição de práticas de saúde cuidadoras numa dimensão que não seja apenas médico-centrada ou centrada em normas e protocolos existentes, mas empreendendo uma tentativa de ruptura e de criação de outras opções. Cabe destacar que essa tentativa não pode ficar restrita à equipe, que muitas vezes não dispõe de instrumentos técnicos e políticos para tal empreitada.

Buscar parceiros, nos espaços de participação e tomada de decisão, pode ser uma saída?

Campos (2007), em seu artigo intitulado Reforma Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?, refere que as forças interessadas no avanço do SUS estão obrigadas a enfrentar os obstáculos políticos, de gestão e de reorganização do modelo de atenção, ou seja, a baixa capacidade de gestão, a “politicagem”. E, mais, devem ser capazes de demonstrar a viabilidade da universalidade e da integralidade da atenção.

A estratégia de Saúde da Família é uma das alternativas mencionadas pelo autor para que o SUS se efetive, porém, segundo o mesmo, com ritmo e resultados insuficientes. Campos (2007, p. 304) refere que “as equipes de atenção primária necessitam operar com três funções complementares: a clínica, a de saúde pública e uma de acolhimento (atendimento ao imprevisto e atenção à demanda)”.

No entanto, Campos (2007) assinala que o financiamento aos municípios é insuficiente para esses assumirem a equipe mínima, os medicamentos e outras despesas. Ainda, que os municípios não têm conseguido resolver complexos entraves na gestão de pessoal tendo em vista o apoio tímido de estados e do Ministério da Saúde.

Esse autor nos aponta dimensões macro-políticas que determinam situações vividas no cotidiano dos serviços de saúde pelas equipes, no nível micro-político, e que acaba por agir na configuração das práticas, estabelecendo muitas vezes arranjos mais “duros” na organização do processo de trabalho. Muitas vezes essa compreensão não se faz presente nos trabalhadores de saúde e isso pode dificultar a proposição de alternativas e a busca de parcerias.

Um aspecto presente nas equipes investigadas e que se volta, no cotidiano desses serviços, a essas reflexões trazidas por Campos (2007), refere-se à sobrecarga de trabalho que é apontada pela auxiliar de enfermagem, quando afirma que tem fazer o que lhe cabe, “[...] **eu não posso falar assim, eu não vou fazer, eu não consigo fazer porque todo mundo consegue, porque eu não vou conseguir [...]**” (AE4, USFB). As interrupções a todo o momento no trabalho levam a trabalhadora a considerar que as condições de trabalho são desfavoráveis, é um trabalho desgastante, penoso, não conseguindo perceber possibilidades de melhora: “[...] **e a gente vai se virando conforme dá e a gente vai acostumando a viver assim também [...]** e o que é pior, dá até vontade de sentar e chorar, mais a gente se acostuma. A gente acostuma. Aí vai e aparece tudo normal, a gente sabe que não é certo, mais parece ta tudo certo” (AE4, USFB).

[...] porque assim, a minha parte, que nem te falei, **mal a gente consegue sentar e preencher um papel tranqüila**, então eu começo a preencher o papel, ai eu paro aquele papel na metade, atendo uma pessoa na farmácia, volto no papel escrevo uma opção, volto no papel entendeu então assim, **você não senta pra falar**, vou fazer isso aqui sabe, o que eu falo assim do meu serviço num dá pra mim falar assim, ‘vou te desmarcar na minha agenda e vou entrar na sala e só preencher esses papéis’, **eu num tenho agenda, meu serviço à demanda é espontânea, chegou eu atendo, mesmo que não seja assim nada da minha parte eu vou atender, vou encaminhar, vou orientar, vou falar**. ‘[...] a gente foi colocado aqui, acho que não é por acaso que assim **eu não posso falar assim, eu não vou fazer, eu não consigo fazer porque todo mundo consegue, porque eu não vou conseguir**, [...] porque tipo assim se chegar o dia lá pra ver a planilha deles, se eles não receber, vão ligar aqui pra saber por que não recebeu, então eles não vão querer saber, [...] eles não vão querer saber, tipo assim, a mais você não fez porque tava atendendo, porque tinha gente na farmácia. Eles não vão querer fazer isso, ai fica duro também, porque se eu não fizer vou estar prejudicando a equipe também, **e a gente vai se virando conforme dá e a gente vai acostumando a viver assim também [...]** e

o que é pior, dá até vontade de sentar e chorar, mais a gente se acostuma. A gente acostuma aí vai e aparece tudo normal, a gente sabe que não é certo, mais parece ta tudo certo, você sabe, então é isso aí (AE4, USFB).

Os trabalhadores falam que os usuários precisam de um atendimento acolhedor, porém a demanda do serviço e a composição da equipe não possibilitam o espaço para tanto.

[...] Eu acho que a gente deveria ter mais tempo, tipo assim à equipe, é o médico, é mais dois auxiliar, duas enfermeiras, dois auxiliar, eu acho que dois auxiliar é muito pouco pro que a gente faz, porque a gente não tem tempo de dar atenção pras pessoas, que ela precisa, então a gente atende resumidamente, tipo assim e então eu vou fazer aquilo, vou explicar o que eu to fazendo e tchau, então não dá nem pra mim perguntar assim pra pessoa, 'e aí', 'e o fulano?', 'e o ciclano?', porque a gente conhece, sempre que, aí eu já sei que você é tal que o seu marido, que sua filha. Então a gente se limita às vezes e atende só você mesmo e num tem muito tempo de ta conversando, porque que sei se eu ficar conversando muito tempo aqui conversando com você, a fila na farmácia vai aumentar e as pessoas vão começar a xingar e aí vai ser pior pra mim também, porque aí as pessoas vão começar a me xingar e aí eu vou começar a me sentir mal pra poder sabe ta fazendo aquilo ali sabe, ta atendendo. Então infelizmente a gente, faz bem só o básico mesmo assim, a gente não faz a prevenção da forma que ela, o trabalho de prevenção que nem deveria ser [...] (AE4, USFB).

As auxiliares de enfermagem da USFB explicitam a não disponibilidade de tempo para conversar com os usuários. Outra tradução possível a essa questão é a indicação de que nem sempre é a disponibilidade de tempo que dificulta a aproximação e escuta ao que o usuário traz, mas, a organização do processo de trabalho que está centrado no procedimento técnico em si, desconsiderando as tecnologias voltadas à interação necessárias na produção do cuidado. A fala da auxiliar de enfermagem, a seguir, aponta para além da disponibilidade de tempo, referindo que a escuta não é de sua responsabilidade, pois “não é psicóloga”. É possível também perceber o grau de desgaste do trabalhador “[...] **Porque eu acho que a minha paciência já ta aqui. Não. Não, falta tempo também. Não. Porque eu não agüento [...]**” (AE3, USFB).

Eu acho bom, mas **eu não tenho tempo**. Não é, às vezes eles falam ‘antes você era diferente’. Claro quando eu era agente, porque aí eu atendia a mesma área, eu ia na casa deles, é diferente, você vai na

casa, você conversa, **agora eu não tenho tempo, é duas auxiliares**, como que a gente vai ficar lá 'ah! tudo bom', 'a minha filha ta assim', **não dá pra mim ouvir, por exemplo se eles vêm verificar pressão eles querem conversar e não dá. Não. Porque eu acho que a minha paciência já ta aqui. Não. Não, falta tempo também. Não. Porque eu não agüento**, é igual, eu te falei sabe, **você já escuta, as vezes mesmo sem querer já escuta, eu não estudei psicologia, não, não gosto**. A enfermeira gosta (AE3, USFB).

Merhy e Franco (2002) referem que o usuário que chega ao serviço traz consigo registros de sua história pregressa e presente, que fazem parte da sua subjetividade. Assim, a complexidade do mundo das necessidades de saúde é tal que muitos outros saberes, além da epidemiologia e da clínica, devem ser chamados, pois há situações em que não cabe a perspectiva de cura, ou de resolução clínica, mas sim a construção de um usuário que administre melhor o seu próprio sofrimento. Para essa produção de saúde faz-se necessário mobilizar outros campos de conhecimentos, os quais agem nos processos relacionais com o usuário e, estão implicados com a produção de ações acolhedoras, de escutas qualificadas. Contudo, como já apontado, nem sempre isso está presente na fala dos trabalhadores, principalmente na dos auxiliares de enfermagem, pois a “paciência já se esgotou” face à grande demanda de trabalho na unidade.

A trabalhadora refere que o acolhimento não é somente para verificar o problema trazido pelo usuário, a doença e sim identificar o que a pessoa deseja do serviço, como por exemplo, uma consulta médica ou de enfermagem, no momento que apresenta sua demanda, ou a necessidade de um atendimento programado. O acolhimento aparece como um espaço para conversar e esclarecer sobre o funcionamento da unidade de saúde.

É normalmente, eu acho que o acolhimento num é só você de repente, vê o problema da doença, às vezes as pessoas querem conversa, é um modo de você sabe o que o paciente quer do serviço, aí depois você ouve, aí depois você vê o que vai ser feito, se vai ser encaminhado pra uma consulta médica, uma de consulta de enfermagem, ou um agendamento, mesmo, pra mais pra frente, não é para passar no mesmo dia, e ta orientando esta pessoa como que faz,

porque às vezes a pessoa chega, tem uma queixa, mas não sabe o que faz, se tem que agenda, se tem que passa hoje mesmo, então a pessoa vem com alguma dúvida, o acolhimento, eu acho que..., é bom por causa disso, **porque o acolhimento, ele num tem hora**, pode ser durante o dia, a pessoa vem procura, a gente põe numa sala, conversa, explica o atendimento, tira dúvidas, [...] hoje, por exemplo, a maioria dos acolhimentos a gente acabou resolvendo sem passa nem com a enfermeira, nem com o médico, porque era pra encaminhar pra teste de gravidez, coisa que a gente pode realizar, tem o protocolinho de 20 dias de atraso, então como tinha, quando tem essas características, a gente mesmo resolve, não precisa passar nem pra enfermeira, nem pra médica que tá aí (AE1, USFA).

Ainda, parece que o trabalhador de saúde valoriza mais o saber que possui do que a atitude acolhedora que pode e deve ter em relação ao usuário durante este momento de encontro para a produção de cuidado. Isso significa que a relação, o diálogo e a escuta foram colocados em segundo plano para dar lugar a um processo centrado nas regras instituídas como se fosse um fim em si mesmos.

Malta et al (1998) apontam que o acolhimento é uma das intervenções mais decisiva na reorganização das práticas em saúde, considerando que constatar os problemas de saúde e tomá-los como desafio não é suficiente para imprimir as mudanças que possam traduzir a saúde como um direito de todos e um patrimônio público da sociedade.

Para Franco et al (2006, p. 38), o acolhimento é considerado como

o encontro – enquanto trabalho em saúde – entre um trabalhador e um usuário, opera processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam a produção de relações de escutas e responsabilizações, que se articulam com a constituição de vínculos e dos compromissos em projetos de intervenções, que objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de ‘algo’ que possa representar a ‘conquista’ de controle de sofrimento (enquanto doença e/ou produção da saúde).

Matumoto (1998) considera o acolhimento como um processo, resultado de práticas de saúde, constituindo um conjunto de atos executados de modos distintos no momento do atendimento, como ação de responsabilização do trabalhador pelo usuário durante sua permanência no serviço de saúde.

Nessa perspectiva, Bueno e Merhy (1997) afirmam que o acolhimento na saúde deve ir além da recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho, como traz o dicionário Aurélio. Para esses autores, acolhimento: “[...] passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito, passa pelo processo de reconhecimento de responsabilização entre serviços e usuários e abre o começo da construção do vínculo” (BUENO e MERHY, 1997, p.3).

Malta et al (1998) afirmam que o acolhimento, enquanto estratégia para reconfigurar o processo de trabalho nas unidades de saúde, pretende: a) melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, b) humanizar as relações entre trabalhadores de saúde e usuários, de forma a escutar suas demandas em todas as dimensões, ou seja, biológica, psicológica, social e cultural; c) aperfeiçoar o trabalho em equipe, com integração e complementaridade das atividades exercidas pelas diferentes categorias profissionais; aumentar a responsabilização dos trabalhadores de saúde em relação aos problemas vividos pelos usuários em seu contexto existencial e elevar os coeficientes de vínculo e confiança entre eles.

Como trazer essas reflexões para o cotidiano das unidades de saúde? Como gerir cotidianamente ferramentas que possibilitem que essa compreensão perpassasse as práticas e as ações cotidianas da equipe? O desafio está colocado.

4.2.2. A reunião de comunidade – interrogando a possibilidade de construção de espaço de participação social

Segundo o relatório de gestão da Secretaria da Saúde de 2002, a participação social nas unidades de Saúde da Família deve ser desenvolvida por meio do incentivo à formação de moradores e pela representação da equipe e da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde da área. (MARÍLIA, 2002). Apesar de não encontrarmos, de forma explícita, nos documentos oficiais, essa

participação social deve se expressar por meio da denominada “reunião de comunidade”. Essa deve ocorrer mensalmente. Trata-se de um espaço em que a equipe de saúde se reúne com os usuários do serviço de saúde para refletir sobre suas necessidades. Nessas “reuniões de comunidade” não se limita o número de participantes como acontece nos CLSs, possibilitando um maior envolvimento da comunidade.

Em relação à participação dos usuários na denominada “reunião de comunidade”, os trabalhadores de saúde referem que nesse espaço a população tem oportunidade de avaliar a organização da unidade, bem como expor os problemas de saúde do território. Entretanto, sua participação na organização da USF se dá de forma emergencial, ou seja, quando não conseguem um exame complementar e/ou consulta médica e/ou medicamento.

A reunião de comunidade que é feita toda última terça-feira do mês, então **a população é aberta pra falar o que eles desejam, o que eles precisam, o que eles mais querem no momento**. Então tem essas queixas também é tudo anotado em ata, tudo direitinho, tudo por escrito e a gente vai pegar todas as informações e vai ta vendo, priorizando o que é mais importante primeiro (ACD1, USFSA).

Eu acho que ainda eles [população] vêm é, **eles buscam muito o emergencial ainda, falta de controle social, realmente é muito fraco**, muito fraco, porque, por exemplo, se eles vêm na reunião de comunidade, o pessoal não ergue a mão, por exemplo, pra falar “olha eu acho que ta demorando demais esse exame”, tem um demorando muito, não, eles falam assim “olha tem um exame que eu to esperando faz três meses”, **quer dizer ele centra nele e naquela necessidade emergencial dele, ele não consegue ter essa visão, falar “olha ta demorando demais esses exames, que ta acontecendo? Especialidades como é que ta? Quanto tempo demora?** Por exemplo se eu vier aqui e falar assim, é as vezes a gente brinca, a gente fala assim, **é a lei do caixa eletrônico que as vezes só quer colocar o cartão, tirar o dinheiro e ir embora**. Então as vezes quer chegar, ser atendido, pegar o remedinho dele e tchau. [...] então eu acho que ainda a população ta muito voltada pra questão emergencial e por isso eles não cobram as coisas da unidade e eles deveriam cobrar do sistema de saúde em geral e contribuir pra que continue como ta. **Por isso que a gente fala tanto dessa questão do social, da participação e mesmo assim a gente tem uma participação baixa**, agora tem as pessoas que tão participando mais porque tão envolvidas na criação da associação, mas também tem toda uma necessidade delas de virá uma associação, com raras exceções. **Não [pensa no coletivo], no problema deles** (Enf1, USFA).

Tem-se presente a expressão de que a participação da comunidade ainda é rara, uma vez que a visão de coletivo também não se faz presente. Há também, falas de trabalhadores que explicitam que a população apenas identifica seu direito em relação à organização do trabalho, entendendo como seu direito o acesso à consulta de especialidades, exames, medicamentos; contudo não comparece em reunião de comunidade, conferências e conselhos de saúde, mesmo a unidade orientando, passando informações. Essa fala é apreendida também nas dos ACS, que são moradores da área, guardam similaridades em seu modo de viver e ser com a comunidade onde trabalham, mas que em sua incorporação na saúde são capturados pelo discurso dessa área chegando às vezes a “culpabilizar” os usuários.

Nesse âmbito, Nunes et al (2002) referem que as expectativas depositadas em torno da participação dos ACS inscrevem-se em um verdadeiro “fogo cruzado”, em que demandas às vezes paradoxais se superpõem. Assim, enquanto a comunidade o inscreve em uma demanda de tipo predominantemente pessoal, a equipe de saúde espera do mesmo uma prática mais técnica e pedagógica. Os ACS, por sua vez, somam a expectativa de uma competência técnica a valores e conhecimentos que estão arraigados à sua cultura, e que entram em choque com aquela primeira, os quais algumas vezes nem eles próprios se sentem capazes de modificar em si mesmos. Observa-se que a posição do ACS é tanto mais difícil, porque é híbrida e de mediação.

Longe de se pensar que isso constitui em um problema, os autores acreditam (e aqui tomamos isso como importante), ao contrário, que aí reside a força e a riqueza da presença desse ator social em uma equipe de saúde. Para que essa força e essa riqueza possam se manifestar, é fundamental que os

conflitos emergentes sejam pontos prioritários de reflexão, o que permitirá uma real abertura de fronteiras do que antes era restrito ao domínio único do saber e da prática biomédicos.

Colocadas essas questões, refletimos como a gerência pode atuar no sentido de estabelecer, junto à equipe, as brechas para trazer para o cenário estes aspectos, e não capturar o trabalho do ACS à lógica biomédica, tendo a possibilidade do exercício do poder político (TESTA, 1992), ao mobilizar esses “novos atores” para a produção de mudanças na operação das práticas de saúde.

Na percepção dos trabalhadores, a população deixe de cumprir seus deveres ao não participar dos espaços formais para discutir/analisar os determinantes financeiros da organização da unidade.

Eu acho que a população, assim, no momento, às vezes assim, é uma coisa meio confusa, eu acho que a população, assim, é muito dada. **Dada, ouve muito e pratica pouco**, então às vezes, assim, a vida nossa, tipo assim, **tem direitos e deveres**, mas o egoísmo nosso, **a gente só vai aos direitos e acaba se esquecendo dos deveres**. [...] Mas assim, tem conferência, tem reunião de comunidade, conselho de saúde com os municípios, bairro, e a gente vê assim, que por mais que a gente orienta, passe as informações. Então assim, o médico pediu o exame, tá lá um ano e não faz, não adianta falar isso pra gente, **vamos tentar juntos, aumentar essa cota**, buscar melhoras, **então, a população, ela só vê direitos, então eu acho que aí entra o dever de ir, de participar, de saber como que acontece, o porquê está faltando medicação, esse dinheiro da medicação vem da onde? Vem daqui?** Do prefeito de Marília? Não vem de lá de Brasília, de lá passa para o estado de São Paulo. São Paulo distribui para o município. Marília abrange 37 cidades, e isso a gente passa, mais então assim, é o dever nosso, a gente passa não porque é o nosso dever, mas para orientar as pessoas como funciona, **mas na hora de eles colaborarem, eles só pensam nos direitos, “eu quero”, mas o porque eu vou fazer?** Eu acho que isso complica um pouco. **Eu acho que eles esperam melhoras, mas não ajudam à gente que está inserida no programa a buscar essas melhoras** (ACS1, USFA).

Gohn (2004) considera que a Saúde da Família tem-se constituído em um espaço possível de apreensão pela população das políticas sociais, no entanto, questiona a formação dos agentes comunitários de saúde, quanto a uma participação cidadã, pois esses não possuem experiência associativa anterior e

nem cursos de formação ou de capacitação. Acreditamos que esse questionamento cabe, também, aos demais trabalhadores da equipe de saúde. O autor continua afirmando que se observa:

um movimento contraditório: de um lado, um avanço pelo fato de se ter contatos diretos com agentes comunitários que conhecem a realidade dos problemas locais, de se ter a possibilidade de um “atendimento personalizado”. De outro lado, esse atendimento se inscreve num cenário de escassez de recursos humanos e material, e o que deveria ser um acréscimo, de fato, é uma subtração porque estes agentes têm que realizar outras tarefas nos postos de atendimento para suprir pessoal que deveria estar trabalhando como funcionários regulares. Faltam aos agentes comunitários formação e informação e a socialização das informações, em geral, é muito difícil. Na formação não bastam aspectos biológicos, relativos às doenças, deve-se ter uma prática que os capacite a fazer uma leitura mínima do mundo, da vida e seus problemas, do entendimento de seu papel no processo. Para agir segundo um pretenso modelo que criou os agentes comunitários, eles deveriam entender certos códigos de conduta e de linguagem, estar articulados em redes de formação. Eles não podem ser um agente comunitário ‘institucionalizado’, que perdeu a identidade com seu território de origem, que não tem laços de pertencimento locais, que só se preocupa com a rotina do trabalho segundo seu vínculo empregatício (GONH, 2004, p. 27).

Há de certa forma, na afirmação por Gonh (2004), a chamada de atenção para que não haja a captura do trabalho do agente comunitário pela lógica presente nos serviços de saúde; que se atente para não breçar as possibilidades que a presença desse trabalhador pode abrir na organização dos serviços, favorecendo determinadas ações.

Em sua reflexão, Gohn (2004) cita um trabalho de Crivelin (2004), o qual conclui que há limites no processo de participação, dados não apenas pela falta de infra-estrutura, mas também de uma cultura de participação, assim como vontade política para que a cidadania de fato seja exercida.

Parece que no movimento presente na Saúde da Família ainda os processos de participação e controle social estão se constituindo, pois, de um lado, a população faz valer seus “direitos”, mas o processo de trabalhar em conjunto, para que se

construa outro modo de produzir saúde, não se tem dado. Por outro lado, não há por parte dos trabalhadores a compreensão da complexidade do processo saúde-doença-cuidado, que os mobilize em outra direção que não o recorte da doença, ressentem-se da ausência de ferramentas teórico-conceituais e práticas, bem como de habilidades de comunicação, e atitudes mais solidárias e mais coletivas.

Acioli (2005) refere que no, cotidiando dos serviços de saúde, é possível observar que à população atribui-se a culpa por ser pobre, ou por não querer participar das ações planejadas pelas equipes de saúde. A autora refere que essa prática em saúde se desenvolve sem que os trabalhadores reflitam sobre as concepções que a sustentam. Ainda, afirma que as práticas voltadas para os processos de saúde-doença-cuidado são mediadas pelos interesses dos diferentes segmentos envolvidos, sejam da sociedade civil, gestores ou profissionais de saúde e pelas aproximações com os vários saberes científicos. Dessa forma, a autora assinala que:

[...] é nos confrontos e nas aproximações que se estabelecem nas dinâmicas que compõem essas relações que as ações dos movimentos sociais voltados para a saúde vão adquirindo seus contornos, ao mesmo tempo em que se expressam em termos de correlação de forças com os interesses dominantes, consolidando ainda algumas de suas demandas em saúde (ACIOLI, 2005, p. 204).

Alguns trabalhadores de saúde apontam que há necessidade de provocar mudança social, mas a comunidade assume uma postura de acomodação, de passividade, desejando benefícios como bolsa família e “alguém que cuide” dela. Esses sujeitos acreditam que a comunidade precisa “se submeter” a um processo de conscientização e responsabilização em relação ao contexto social e político do país.

Eu vejo assim, [mudança social], por exemplo, a comunidade que a gente vive hoje, é uma comunidade muito específica, **as pessoas ainda estão muito acomodadas, em todos os sentidos, na questão política mesmo, as pessoas querem esse lado paternalista ainda, querem bolsa família, querem alguém que cuide**, mas elas **têm que passar**

por esse processo de conscientização e de responsabilização, que não adianta eu viver nesse lado paternalista que eles dão alguma coisa [...] (Enf1, USFA).

Tomamos Gramsci (1975), apud Dornelles e Locks (2003), para compreender o contexto vivido pelos trabalhadores de saúde em relação à participação dos usuários dos serviços de saúde na “reunião de comunidade”, Gramsci afirma que “toda ação é resultado de diversas vontades com diversos graus de intensidade, de consciência, de homogeneidade, com o conjunto íntegro da vontade coletiva” (GRAMSCI, 1975, p. 51 apud Dornelles e Locks, 2003, p. 349). Nessa direção, “novas convicções estão em contradição com as convicções ortodoxas, socialmente reformistas, de acordo com os interesses das classes dominantes”. Dornelles e Locks (2003, p.350) referem que “é na construção de instrumentos democráticos que a vontade coletiva pode prevalecer e contribuir para melhoria da qualidade de vida”. Porém, constatam que essa realidade é permeada por diferentes visões de mundo. Para essas autoras:

as diversas concepções coexistem e geram conflito entre si. O conflito existe, as diversas visões sobre vida, saúde e doença coexistem simultaneamente (em uma reação dialética), e, se uma prevalece sobre as demais, não é somente porque há o domínio ideológico dessa visão, mas também porque resistência e explicitação de outros pensamentos não são possibilitados. [...] É o embate democrático que possibilitará a explicitação dos diversos pontos de vista [...] (DORNELLLES; LOCKS, 2003, p.350).

Na USFB, a presença da população na “reunião de comunidade” está vinculada à distribuição do auxílio Bolsa-Família, e é possível identificar que um dos objetivos desse encontro entre a equipe de saúde e população é de apresentar a Saúde da Família à população.

A gente **não tinha uma adesão muito boa de reunião de comunidade, como ainda não tem, vem bastante, porque a gente acoplou reunião de comunidade com reunião da bolsa-família, então eles vêm para a reunião da bolsa-família, não para a reunião de comunidade.** Então hoje o público é maior, mas não que o interesse seja maior. Mas mesmo

pra quem vinha na reunião de comunidade, a gente estava sempre repetindo a mesma coisa, e **tentando passar para a população todas as vezes que alguém vinha aqui, o que é um PSF, qual é o nosso objetivo** (Med2, USFB).

A equipe de saúde convida, orienta a necessidade de participação das pessoas na reunião de comunidade, mas a população somente comparece quando há distribuição de brindes, cestas básicas, não se interessa em discutir os problemas da área de abrangência e/ou da organização da unidade.

[...] Porque **eles só querem saber de direito, deveres é pouco**, acho que **por mais que a gente convida**, que a gente fala, **difícilmente vem. Quando tem assim algum brinde, alguma cesta básica, algum presentinho eles comparecem, comparecem bastante, mas quando é só pra ta ali falando dos problemas dos bairros, da organização da unidade, deles participando ver o que é melhor pra eles, não vem um [...]** (ACS7, USFB).

A participação expressa pela população é concebida pela equipe de saúde como resultado de uma desorganização interna, da ignorância e/ou passividade dos grupos marginalizados, sem que se considere o contexto político, histórico e social nos quais se inserem, deslocando a responsabilidade do Estado para as pessoas, conforme aponta Acioli (2005).

De acordo com Valla e Stotz (1989), estamos compreendendo participação popular como à participação política das entidades representativas da sociedade civil, na perspectiva de interferir e/ou definir a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e serviços básicos da área social, como saúde e educação, dentre outros. Portanto, falar em participação popular implica necessariamente falar em disputas por espaços de poder e, mais especificamente, a disputa pelo controle de verbas públicas no espaço público.

Machado, Pinheiro, Guizardi (2005) referem que devido à cultura política vivida pelo Brasil, patrimonialista e autoritária, alternando-se entre regimes que pouco valorizam o cidadão, o brasileiro vive duas experiências difíceis: aprender o

que é democracia e seus caminhos rumo à concretização da cidadania. E, mais, por estar habituado a conviver com um Estado surdo às demandas, sua percepção coletiva sobre as possibilidades atuais de ação se reduz e mantém perversamente a noção de direitos como doação do Estado.

Aparece, também, uma perspectiva em que o trabalhador aponta a dificuldade de a população comparecer na “reunião de comunidade”, pois as pessoas trabalham o dia todo e depois têm que vir em reunião e ficar falando e escutando. Parece-nos questionar o valor da “reunião de comunidade”.

Eu acho assim que **eles vêm mais porque são obrigados, eles vêm mais porque a Bolsa Família, eles têm medo de perder a bolsa**, entendeu. **Não, eu não viria porque a gente já chega cansado do serviço**, só que isso que a doutora me falou e isso é verdade se você fosse, ó, se você chegasse cansa. Às vezes a gente cobra tanto uma pessoa vim na reunião, mas você chega cansado do seu serviço, você tem que vim sete horas da noite numa reunião, **ficar escutando, falar, falar, falar** e é verdade, muitas pessoas chegam cansadas, não vem mesmo, porque as vezes a gente cobra muito, mas se fosse a gente viria? A gente viria? (AE3, USFB).

Será que a reunião de comunidade nas unidades de saúde estudadas está sendo considerada como um espaço democrático em que se podem considerar os diferentes pontos de vista? Para Dornelles e Locks (2003, p. 350) “é a existência de conflitos que possibilita a busca de soluções coletivas e democráticas, mas em uma nova configuração, em que todos possam estar instrumentalizados de modo adequado para argumentação política”. Parece que os trabalhadores não estão compreendendo a finalidade desse espaço coletivo, como sendo um momento em que a população pode organizar-se e contar com apoio dos trabalhadores de saúde, para construção de um saber, desmistificando o saber dominante, a fim de operar as forças destinadas a transformar suas condições de existência, na perspectiva de satisfazer suas necessidades de saúde (BAREMBLIT, 1994).

Nessa perspectiva Dornelles e Locks (2003, p.350) apontam que:

a vida das pessoas as coloca (individual ou coletivamente) entre posturas e pontos de vista diferenciados sobre questões comuns a todas, uma vez que a diversidade de idéias é inerente à própria existência humana. A tentativa de hegemonização de uma sobre as demais é parte do processo social do homem, aceitamos ou não, mesmo porque ainda estamos longe de viver em uma sociedade na qual os seres humanos são essencialmente éticos, a ponto de buscarem os bens produzidos no limite de suas necessidades.

Para Acioli (2005, p. 297), a participação popular “não pode ser vista como fórmula mágica capaz de resolver todos os problemas colocados, [...] No entanto, construir e vivenciar experiências de participação popular representa um caminho importante de participação política da população [...]”.

Concordamos com Barembliit (1994, p. 23-4), quando assinala que:

processos autogestivos e auto-analíticos são, para a organização do sistema, um câncer, uma peste. Não há nada que seja mais temido e mais odiado pelo sistema social, porque os movimentos instituintes têm esse intuito: que os coletivos presidam a definição de problema, a oferta de soluções, a colocação dos limites do que é possível e do que é impossível o que normalmente é realizado pelas instituições, organizações e saberes de grupos dominantes”.

Assim, o autor refere que a autogestão não é tarefa fácil, visto que faz com os objetivos últimos do institucionalismo – que são auto-análise e autogestão, não sejam atingidos nunca de forma definitiva. Eles são atingidos sempre na base da tentativa, do ensaio, da procura.

Apesar de todos os obstáculos, acreditamos que para operar uma prática centrada no usuário fazem-se necessários a interlocução e o exercício da vida política e cultural. Gohn (2004) aponta para o desenvolvimento de uma nova cultura política pública no país, construída a partir de critérios do campo dos direitos (sociais, econômicos, políticos e culturais), uma nova cultura ética com civilidade e respeito ao outro. Trata-se de uma cultura política gerada por

processos nos quais os diferentes interesses são reconhecidos, representados e negociados, via mediações sociopolíticas e culturais.

Ainda para essa autora, os pressupostos gerais que sustentam a concepção de participação cidadã são:

a) Uma sociedade democrática só é possível via o caminho da participação dos indivíduos e grupos sociais organizados. b) Não se muda a sociedade apenas com a participação no plano local, micro, mas é a partir do plano micro que se dá o processo de mudança e transformação na sociedade. c) É no plano local, especialmente num dado território, que se concentram as energias e forças sociais da comunidade, constituindo o poder local daquela região; no local onde ocorrem as experiências, ele é a fonte do verdadeiro capital social, aquele que nasce e se alimenta da solidariedade como valor humano. O local gera capital social quando gera autoconfiança nos indivíduos de uma localidade, para que superem suas dificuldades. Gera, junto com a solidariedade, coesão social, forças emancipatórias, fontes para mudanças e transformação social. d) É no território local que se localizam instituições importantes no cotidiano de vida da população, como as escolas, os postos de saúde etc. Mas, o poder local de uma comunidade não existe a priori, tem que ser organizado, adensado em função de objetivos que respeitem as culturas e diversidades locais, que criem laços de pertencimento e identidade sociocultural e política (GOHN, 2004, p. 24).

Nesse sentido Machado, Pinheiro, Guizardi (2005) reconhecem que há necessidade de se ter condições para se lutar pelos direitos – civis, políticos e sociais. Ou seja, é preciso primeiro conhecer esses direitos, como também, ter atitude de lutar para sua materialização. Como estão sendo considerados esses direitos, pela equipe de saúde e usuários? E qual a capacidade de luta para sua concretização? A formação dos trabalhadores de saúde permite atuar como sujeitos sociais políticos?

Mattos (2005), discutindo Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade, refere que a importância da transformação das práticas para a consolidação de uma frente mais ampla em defesa do direito à saúde traz para o centro da agenda política a noção de educação permanente pautada pelo princípio da integralidade.

Esse processo pode possibilitar à equipe de saúde a apreensão das necessidades de saúde.

E, ainda, o autor vislumbra como a equipe poderia atuar frente à dificuldade de atender às necessidades de saúde dos usuários. Ou seja, a equipe deve registrar, analisar e levar essas necessidades não atendidas ao gestor, discuti-las nos fóruns de participação e com o próprio Ministério Público. Esse registro sistemático das necessidades não atendidas é um caminho para rediscutir em que medida o SUS está se concretizando (MATTOS, 2005).

Parece-nos que os trabalhadores de saúde concebem a participação popular diferentemente dos sentidos aqui apresentados e por nós compreendidos. As equipes de saúde buscam o envolvimento da população na resolução dos problemas identificados, com vistas à melhoria do serviço de saúde e das condições de vida; deslocando a responsabilidade do Estado. Dessa forma, questionamos a potencialidade da participação popular, assim tomada, como estratégia fundamental ao desenvolvimento do SUS.

Acioli (2005, p. 301) afirma que:

[...] ao buscar a participação e o controle social nas ações do Estado, os profissionais de saúde devem lembrar a história, buscando ouvir a população, seus desejos, seus modos de viver e agir, no sentido de facilitar a expressão das demandas e necessidades da população.

E, mais, a participação institucionalizada é importante, mas não pode substituir espaços de participação não-institucionalizada que se concretizam por meio de redes e movimentos e grupos sociais (ACIOLI, 2005). Assim:

a partir da construção de processos de escuta ativa, os espaços tradicionalmente reconhecidos como de controle social poderiam ser reinventados. Para isso, é fundamental que as vozes da população sejam ouvidas, reconhecidas as práticas profissionais na atenção à saúde (ACIOLI, 2005, p. 302).

4.2.3. A reunião de equipe como espaço de reorganização do processo trabalho

A política de saúde do município de Marília aposta em um modelo de gerência que seja participativo e descentralizado, que promova autonomia, comunicação lateral, conformando uma rede de responsabilidade e compromisso, por reuniões periódicas organizadas pela equipe de saúde. (MARÍLIA 2002, 2003, 2004, 2005, 2006)

Para os trabalhadores de saúde a “reunião de equipe” é um espaço tomado como momento de organização do trabalho, pois é nas “reuniões de equipe” que se toma conhecimento dos comunicados vindos da SMHS, discutem-se as famílias em situação de risco clínico e/ou social, definindo um plano de cuidado, priorizam-se os agendamentos para consulta de especialidades.

A “reunião de equipe” é realizada semanalmente, com dia e horário para se concretizar, sendo destinadas duas horas para que essa atividade se desenvolva, período em que não são desenvolvidas ações assistenciais na unidade. Os trabalhadores apontam para uma relação mais horizontal entre os trabalhadores da equipe, sinalizando que para elaboração do plano de cuidado ao indivíduo/família, todos os profissionais “têm poder” para refletir sobre as condições clínicas e sociais dos usuários, não sendo essa uma decisão exclusiva do médico.

Eu acho bom [trabalho na reunião de equipe] porque **a gente consegue às vezes discutir alguns problemas de algumas famílias**. É o que eu falo, ‘a gente não consegue estar em todas as casas ao mesmo tempo’, agora, a gente consegue relatar os problemas das famílias para a gente. A gente conversa, porque a gente sempre dá a opinião de cada um, lógico que a gente sempre fala, ‘não vai prevalecer uma opinião’ (Den1, USFA).

Passa pela reunião de equipe, se tem problema na minha micro-área, a gente passa, é, fica todo mundo ciente do que ta acontecendo. **É problema de família, problema de risco**, que a gente identifica algum problema. Aí todo mundo fala, **é feito uma discussão e a gente chega num senso comum, nunca como uma única definição**, sempre com várias tentativas (ACS10, USFB).

Nós temos assim **formalmente a reunião de equipe que acontece semanalmente**, a gente **tem a parte burocrática** do serviço que a gente acaba passando algumas informações ali. **Comunicados da secretaria, alguma mudança no funcionamento, alguma coisa que a gente ta implementando**, então isso tudo tem que ser passado na reunião de equipe e de comunidade, [...], por exemplo, **mudou um horário ou vai ter alguma**, mudou a reunião então a gente tem que passar na reunião de comunidade também e a gente passa na reunião de equipe. Fora isso a gente faz uma **discussão aberta dos casos** porque quando o agente comunitário sai, eles voltam tudo atrás de mim “enfermeira você não sabe o quê que eu vi o quê que ta acontecendo na casa da dona fulana e ta assim” Mas não dá pra pegar todo mundo e sentar na hora pra discutir o caso da pessoa. Então a reunião de equipe é o espaço pra isso, a gente brinca, o **‘mais mais’ da semana vai pra reunião de equipe** os “mais mais” então assim é uma, uma abertura também pra discussão dos casos com uma visão multiprofissional e **ver os encaminhamentos que a gente pode ta fazendo, o bom é que assim nada é definido pelo médico**. [...] Então não tem como a gente ser prepotente a ponto de achar que o médico e que a enfermeira vai saber quem são as prioridades ali [...]. **Então até na, na condução dos casos de encaminhamento a equipe toda participa, não é porque é uma questão médica**, por exemplo, de fazer o encaminhamento que vai ficar restrito a ele, da mesma forma que às vezes ele não pegou alguma coisa na consulta e a gente chega e fala “olha você não quer encaminhar esse paciente pra psicologia tal porque ta assim, ta acontecendo isso, isso e isso”, então assim existe essa liberdade que eu acho que é o que tem que haver mesmo na equipe e essa abertura então assim existem os momentos informais que são esse dia-a-dia porque tem coisas que você não pode esperar até sexta-feira porque aconteceu na segunda-feira e deixa tudo resolvido ali, [...] (Enf1, USFA).

Embora esse seja um espaço para a organização do cuidado em suas distintas dimensões (individual, coletivo, organização do trabalho), parece-nos que a “reunião de equipe” se volta mais para a organização do cuidado individual em detrimento do cuidado coletivo e da organização do processo de trabalho em saúde. Ainda é importante assinalar que a discussão do cuidado individual está voltada para intervenção na perspectiva da atenção curativa.

Normalmente são casos de pacientes, normalmente são pacientes, são aqueles que às vezes **necessitam de uma atenção especial**, às vezes [...] você atende um paciente, você não resolveu, a gente pode explica, que a gente vai um dia, dois pra esperar, que a gente vai dar uma resposta, que a gente **põe esse caso na reunião, todo mundo acha o que tem que ser feito**, depois é chamado, alguma visita, explica o caso. Pode, pode, principalmente, porque todo mundo atende, então, eu acho que assim todo mundo tem o seu momento de fala, na reunião, nessa parte todo mundo, pode fala, é a hora que você coloca os problemas (AE1, USFA).

Em “reunião de equipe”, ainda é definido o planejamento anual, entendido como a organização do tempo, dos recursos materiais, dos profissionais responsáveis e do local para o desenvolvimento das atividades programadas.

[...] Então, casos, nesse sentido e, também, assim, **é feito um planejamento, o que vai ser realizado, como final de ano, vamos fazer uma festinha para as crianças**, como tivemos nessa última semana, tivemos a saúde bucal, o Sorria Marília, então assim é o planejamento que foi feito. **O que cada membro da equipe fica responsável por um afazer. Decidir o que fazer**, tipo assim, montamos um plano, nesse plano, vai ter atividades, só que para ter atividades precisa de vamos supor, de um filme para passar no vídeo, como por exemplo, o Sorria Marília, mas e aí ‘vamos fazer alguma coisa para as crianças comerem?’, ‘vamos’, para isso a gente precisa de um ofício, precisa de doação, e quem faz o ofício, fulano, quem vai levar o ofício, cliclano, quem vai buscar, caso dê certo, beltrano, então a gente dá nomes (ACS1, USFA).

Fizemos um planejamento, têm alguns a gente até conseguiu seguir. É nós fizemos uma agenda do ano. Por exemplo, aqui em Marília, **tem a semana inteirinha de Sorria Marília, então nós falamos do ofício para pedir doações do Tauste, supermercados em geral, para a gente estar podendo fazer as atividades, quando tem Campólio também, ta recebendo doações para poder dar cachorro quente para as crianças, distribuir balas. Tem as confraternizações feitas por grupos também, que é hoje, é enviado o ofício. Na semana do dia das crianças** acabou coincidindo uma semana antes, aí ficou meio junto, mas aí os alunos conseguiram umas doações e nós fizemos para as crianças. Para seguir mais ou menos a agenda, **porque tem o dia da AIDS**, que é o dia primeiro, então a **gente tenta colocar umas atividades que tem importância para a saúde** [...] As atividades que são realizadas no ano que a gente já fecha no calendário. E trazer também o que a gente acha que faltou melhorar nesse ano, o que a gente faltou melhorar, o que ficou faltando, o que está prejudicando a comunidade, para tentar realizar ano que vem. Nas agentes comunitárias porque elas sempre estão na rua, elas sempre estão escutando, ou aqui, dentro mesmo, os usuários falam, ‘ai precisava melhorar isso, precisava mais aquilo’, um esquema que a reunião de comunidade ta aberta para a comunidade fazer alguma reclamação, alguma sugestão, alguma crítica (Den1, USFA).

A estratégia de Saúde da Família traz para o cenário das práticas de saúde a premissa das ações se darem a partir de um dado território. Uma das ferramentas possíveis de ser operada é o planejamento, havendo a opção discursiva pelo planejamento ascendente, como uma possibilidade que pode permitir o olhar voltado à população e desenvolvido junto com a população residente nesse território, de forma a apreender às necessidades de saúde. O planejamento, a partir dessa ótica, implica em um processo negociado, em que se fazem presentes disputas sempre

presentes. Assim, a depender do modo como essa ferramenta é posta em ação pode haver um empobrecimento da perspectiva da integralidade, da compreensão do projeto técnico-assistencial a ser posto em ação e da própria ferramenta.

As atividades, objeto do planejamento pela equipe, em sua maioria, referem-se a datas comemorativas relacionadas à saúde, assim como aos grupos de orientação/operativo. Parecem entender assim o planejamento da atividade em si, não havendo a sistematização dessa ação e sua compreensão na dimensão do planejamento para a USF, que se volta para a organização das ações no território, com a definição de necessidades de saúde e sua priorização para a ação da equipe e da comunidade. Poderíamos dizer que essa ferramenta não é assim tomada, ou seja, ainda não faz parte do repertório da equipe para a construção de um projeto de intervenção no território.

Araújo e Rocha (2007) e Peduzzi (2001), discutindo o trabalho em equipe, apontam que em sua conformação alguns aspectos se fazem presentes, tais como o trabalho da equipe estar sendo norteado por um projeto tecno-assistencial comum, o estabelecimento de uma comunicação entre os agentes do trabalho com a elaboração conjunta de linguagens, objetivos e propostas comuns ou, mesmo, cultura comum na perspectiva de sua interação. Assim, a partir do material empírico da presente investigação, verificamos que os trabalhadores de saúde, sujeitos da pesquisa, estão buscando interação entre si e os usuários. O nosso questionamento está relacionado às concepções que sustentam esse projeto.

Será que o espaço da “reunião de equipe” se constitui em instrumento com potência para desencadear no conjunto dos trabalhadores um processo de reflexão e revisão de sua prática que encaminhe para a adesão e

comprometimento a um processo de produção de cuidados à saúde e para construir subjetividades singulares no processo de trabalho em saúde? Ou seja, tem a potência de recriar o trabalho pela ação específica dos trabalhadores de saúde na direção de uma ação que se volte à defesa do usuário que busca a atenção à saúde junto às equipes de Saúde da Família⁷?

Merhry (1997) defende que a rede básica deve constituir:

não só como porta de entrada do sistema de saúde, mas o lugar essencial a realizar a integralidade das ações individuais e coletivas de saúde, com também, a linha de contato entre as práticas de saúde e o conjunto das práticas sociais que determinam a qualidade de vida. Dessa forma a rede básica teria de ser “inventada” (MERHY, 1997, p.224).

No sentido assinalado por Merhy (1997), perguntamos-nos se essas unidades de saúde estão “inventando” novas práticas de saúde com vistas à integralidade da atenção à saúde. O autor refere que esta invenção pode acontecer por dois caminhos: um mais tecnocrático e outro mais político. No primeiro, o tecnocrático, os serviços de saúde buscam desenvolver as ações considerando o saber clínico e epidemiológico como neutros, capazes de apreender e atender as necessidades de saúde. Para tanto, incorpora no processo de trabalho, as tecnologias leve-duras e duras, enquanto saberes e instrumentos, para identificação e resolução dos casos individuais e coletivos. No segundo caminho, o político, assume que:

a rede básica é um lugar tão estratégico, que não pode ser posta como ‘neutra’ às possibilidades de ações, tanto do aparato técnico, quanto de outros interesses. Tornando-se, por isso mesmo, vital e necessária a sua politização, a partir do cotidiano gerencial analiticamente centrada nos interesses dos usuários individuais e coletivos, assumindo-os como expressões políticas que permitem realizar objetivos sociais, éticos-políticos, tecnicamente operacionais [...] (MERHY, 1997, p. 225).

⁷ Essas questões são também trabalhadas por Mishima (2003).

Alguns trabalhadores de saúde apontam que a equipe poderia fazer mais do que faz, referindo que a inexistência de planejamento e de recursos dificulta a implementação de atividades pensadas. Todo final de ano, a equipe realiza uma avaliação, identificando quais as atividades foram ou não desenvolvidas, partindo do planejamento do ano anterior. Na fala da trabalhadora, há a defesa à elaboração de um planejamento que inclua outros recursos, alternativas para efetivar as ações pensadas, considerando que a equipe tem boas intenções, mas precisa ser mais ativa na busca de parcerias.

[...] eu acho que tem muita coisa que a gente, eu falo assim, não é, nem planeja, tem coisas que a gente sonha em fazer entendeu, a gente sonha em fazer, mas... E isso é uma coisa que a gente tava conversando outro dia "nossa a gente já falou tanta coisa que a gente gostaria de fazer, que a gente acha que seria legal, que seria importante e, e às vezes por uma questão de **falta de planejamento e de falta de recurso**, também, que a gente não consegue mais fazer coisas que a gente fazia antes, **então assim muita coisa depende da nossa vontade e outras não, mas eu acho que do que depende da nossa vontade tem bastante coisa que a gente pode fazer ainda**, entendeu. Não sei, eu acho que a gente tem que trabalhar mais, a gente tava conversando, que a gente sempre faz uma avaliação de final de ano, e a gente não fez ainda, mas a gente já tava conversando sobre a avaliação que a gente vai fazer com as meninas, **a gente senta e conversa, como foi ano, o que a gente fez, o que a gente não fez, do planejamento do ano passado**, o que a gente escreveu, o que é que a gente cumpriu, o que é que não, que a gente sempre faz o planejamento pro ano seguinte e a gente tava falando, parece que passou foi tão rápido que **muita coisa que a gente tinha que fazer a gente não fez**, então eu acho que uma sugestão assim concreta é o planejamento. **Um planejamento melhor das nossas ações, uma, uma busca de outros, outras alternativas, outros recursos** que a gente já procurou também buscar e não foi, entendeu, eu acho que **idéias boas nós temos, vontade nós temos, mas eu acho que a gente emperra no comodismo**, também, porque é mais fácil a gente ficar ali na nossa sala atendendo, ficar conversando com a pessoa que vem, muitas vezes vem atrás de apoio e tentar fazer as outras coisas que a gente tem vontade, mas que vão demandar muitas outras coisas, então eu acho que planejamento realmente, pra não deixar essas coisas se perderem (Enf1, USFA).

Há o desejo de "Um planejamento melhor", que pode ser entendido como a necessidade de sistematização das ações propostas pela equipe, de seu registro da busca de parcerias, mas o desejo se restringe apenas às atividades em si, estando ainda ausente um olhar para o território e a expressão das necessidades dos usuários.

Na fala de um trabalhador entrevistado, em uma das unidades pesquisadas, o planejamento se desenvolveu considerando as necessidades de saúde dos usuários, quando a equipe conta com a inserção de estudantes do curso de enfermagem da Famema.

[...] Então a gente trabalha muito com o **planejamento estratégico**, Método Altadir de Planejamento Popular, que funciona muito bem, **a enfermagem trabalhou uma vez com isso aqui, foi muito interessante**. Fizeram pra prostituição e violência, que foram as coisas que a comunidade elencou, como os principais problemas de saúde daqui, e aí nós tentamos a trabalhar, e passava por tirar as crianças da rua, dar atividade pra elas num período fora da escola, e teve toda essa construção do CAC. **Todo esse processo foi tudo em cima desse planejamento estratégico** [...] (Med1, USFA).

Na perspectiva de desenvolver o planejamento em saúde de maneira sistematizada, esse trabalhador afirma que o sistema de informação deve ser considerado. Ou seja, para apreender a realidade local faz-se necessário traçar e analisar o perfil epidemiológico, a identificação de grupos vulneráveis.

[...] É nós trabalhamos e estamos **tentando fazer esse movimento de trazer as informações do SIAB pras nossas reuniões de equipe**, por exemplo, nós estamos trabalhando agora uma discussão com crianças de baixo peso. Então vai precisar, é isso que eu digo, que às vezes não dá só pra pegar o norte ou a estratégia do que elas gostam de fazer. Partindo das necessidades da população, é esse que é o que eu falei de avançar além dos muros da USF entendeu. [...] Então dá pra você trazer muitas das coisas que elas têm, mas **o papel da gestão colegiada passa muito por indicadores, por analisar as coisas e, porque cada unidade tem a sua característica, a própria** [...] (Med1, USFA).

A fala desse trabalhador aponta a importância de olhar para o sistema de informação, indicando uma brecha para a utilização de ferramentas existentes na Saúde da Família, de modo a oferecer um “norte para o trabalho”. Muitas críticas têm sido colocadas em relação ao SIAB, contudo, o trabalhador ao manifestar a preocupação de se voltar para os dados produzidos, e considerar que esses podem ser analisados considerando características específicas e particulares de cada unidade, aponta um movimento importante, visto que, no conjunto das falas,

os trabalhadores parecem não compreender a necessidade do SIAB para além de uma tarefa que tem que ser realizada todo o mês pela equipe.

Nesse âmbito, Silva e Laprega (2005) consideram que o SIAB constitui um instrumento fundamental para a gestão das unidades da Saúde da Família, que poderia ter sua importância aumentada caso ocorressem algumas melhorias no software, nas fichas e relatórios, bem como um maior conhecimento e utilização por parte das equipes locais e dos cidadãos usuários.

Freitas e Pinto (2005) referem que, mesmo considerando a produção de informações em saúde, um importante instrumento de controle social do SUS, a preocupação maior da ESF em relação ao SIAB se concentra no preenchimento das fichas no cotidiano do trabalho e não na análise das informações que ele é capaz de fornecer para a realização da programação local.

Dessa forma, o SIAB é apontado com um sistema de informação que deve ser considerado como uma base fundamental de dados na atenção primária à saúde, portanto, um instrumento de reorganização do processo de trabalho (SILVA; LAPREGA, 2005; FREITAS; PINTO, 2005).

Será que o espaço da “reunião de equipe” está possibilitando aos trabalhadores de saúde a problematização do processo de trabalho, na perspectiva de construir uma prática que considere a complexidade das necessidades de saúde dos usuários? Em que medida os dados produzidos podem ser considerados para a análise da situação vivida pela equipe no território? Partindo da reflexão de Merhy (1997) apontada acima, perguntamos: Qual o caminho que está sendo trilhado pela equipe para “invenção” da rede básica? O tecnocrático ou o político?

O momento da “reunião de equipe” também é utilizado para capacitação profissional, quando o médico e/ou enfermeira trazem textos para esclarecimentos de alguma morbidade sobre a qual o grupo apresenta dúvidas. Os demais profissionais da equipe também trazem mensagens, músicas, textos. Consideram a reunião de equipe, como espaço para crescimento pessoal e profissional.

[...] **Às vezes o médico também capacita a gente bem legal, ele traz alguns textos, a gente faz dinâmica.** Porque assim, às vezes a gente fala assim que a gente tá com dúvida sobre uma determinada doença “Ah eu tenho dúvida sobre o que é tifo” e ele vai, busca na internet, ou a enfermeira, aí depois eles trazem o artigo, lê, a gente discute né, ou a gente sempre traz alguma coisa, ou um texto que pegou, uma mensagem, ou uma coisa, uma mensagem, uma música então a gente sempre tá trazendo. Pro crescimento pessoal, profissional, a gente sempre tá buscando isso. A equipe (ACS3, USFA).

A expressão dos trabalhadores sobre a capacitação para o trabalho faz-nos refletir acerca da direção dessa capacitação, uma vez que essa pode se dirigir para uma atualização técnico-científica, certamente importante para o trabalho, mas que pode não atender às necessidades postas para seu desenvolvimento: “[...] a gente tá com dúvida sobre uma determinada doença ‘**Ah eu tenho dúvida sobre o que é tifo**’ [...]”. Nesse sentido, concordamos com Motta et al (2002) quando questionam qual tem sido o lugar estratégico dos processos de capacitação na Saúde da Família.

Compreendemos que o processo de aprendizado para o trabalho, no trabalho e junto ao trabalho é fundamental na Saúde da Família, oferecendo possibilidades para que esse processo gere aprendizagem significativa⁸ para o trabalhador e para a equipe. Ceccim (2004/2005) afirma que, nos processos de

⁸ O termo aprendizagem significativa tem sido utilizado nos documentos oficiais do Ministério da Saúde quando expressa sua Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Autores que trabalham no campo da educação utilizam o termo para “expressar os processos que ocorrem quando o material de aprendizagem se relaciona de forma substantiva e não arbitrária com aquela que a pessoa já sabe, ou seja, quando essa nova informação está, de alguma forma, relacionada com os conhecimentos prévio da pessoa” (BRASIL, 2005, p.13).

mudança ou de incorporação de novos elementos às práticas e conceitos pelas pessoas ou organizações, se fazem presentes a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, bem como a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Ainda assinala que “a vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações” (CECCIM, 2004/2005, p.165).

Nesse movimento, é possível identificar as lacunas de conhecimentos existentes no trabalho em saúde, gerar demandas educativas que necessitam ser trabalhadas para a intervenção mais adequada à situação vivida pela equipe na identificação e atendimento das necessidades de saúde dos usuários. Concordamos com Motta et al (2002) ao afirmarem que

torna-se progressivamente mais evidente a importância de conhecer como os sujeitos se percebem dentro das suas práticas para assegurar uma aprendizagem significativa. Metodologicamente, essa reflexão se dá pela análise e discussão dos problemas vivenciados no trabalho. Esses problemas ganham sentido porque representam a distância entre aquilo que desejávamos realizar e o que de fato alcançamos fazer em nossas práticas cotidianas nos serviços de saúde. Por esta razão, os problemas guardam relação com o atendimento das necessidades das pessoas às quais se dirige o nosso trabalho, são problemas vinculados à qualidade do cuidado prestado e da organização do trabalho [...] (MOTTA et al, 2002, p. 69).

Esse movimento, apontado por Ceccim (2004/2005), Motta et al (2002) e presente nas políticas do Ministério da Saúde para a Educação Permanente em Saúde, ainda parece distante das equipes investigadas. Contudo, brechas estão presentes no trabalho e necessitariam ser exploradas pela gerência local, para que a equipe tivesse a percepção de que os incômodos gerados no trabalho necessitam de outras buscas para sua resolução, de outras possibilidades de

enfrentamento que não as conhecidas e dadas pela matriz presente na atual organização do trabalho em saúde. ACS3 USFA vai apontando que as “reuniões de equipe” podem oferecer esse espaço de produção e de estabelecimento de novas percepções dos incômodos.

A equipe na reunião de equipe a gente **levanta o problema, a gente não, não resolve às vezes na primeira reunião, a gente não resolve na primeira vez**, vai duas, três reuniões pra gente resolver, durante a semana, a gente discute a gente conversa, **a gente busca solução**. Então geralmente, **não é em uma reunião só que a gente levanta o problema e já resolve** (ACS3, USFA).

Assim, para Ceccim (2004/2005),

tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente e gerar o desconforto com os lugares “como estão/como são”, deixar o conforto com cenas “como estavam/como eram” e abrir os serviços como lugares de produção de subjetividade, tomar as relações como produção, como lugar de problematização, como abertura para a produção e não como conformação permite praticar a Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2004/2005 p. 166).

Tal atitude permite sair do incômodo e criar possibilidades de produção de cuidados sustentados pela integralidade ampliada, exercício de trabalho vivo em ato tanto para a produção de cuidados como para a organização e gestão dos serviços e do cuidado, em que haja a possibilidade do predomínio das tecnologias leves.

Possibilidades que se fazem presentes? Brechas para recriar o trabalho? Parece que sim.

Analisando a Saúde da Família enquanto estratégia para mudança de modelo tecno-assistencial, Franco e Merhy (2006) assinalam a necessidade de modificar as referências epistemológicas, e não somente instituir alterações na estrutura dos serviços de saúde. As falas dos sujeitos revelam movimentos de instituir modificações na forma como o serviço está organizado. Os trabalhadores

referem que a “reunião de equipe” constitui um espaço, em que também são postos para discussão os conflitos entre os trabalhadores, a organização das atividades como, por exemplo, a escala de atividades, cobertura de férias, etc.

[...] Ah, as coisas da unidade, **a questão do relacionamento das pessoas, escala de serviços, escala de rodízio da recepção, já resolve-se, escala da visita domiciliar.** Então é assim alguns serviços internos que, também, **é essa hora de poder conversar** e explica, quem vai ficar, quem vai ficar numa determinada coisa, Da escala, tem a questão também, por exemplo, igual agora que a gente ta passando pelo profissional de serviços gerais, que ta de férias, o PSF não tem substituto para este profissional, que ta de férias, então a equipe tem que se reveza, na limpeza da unidade, então assim, sempre, alguém trás o problema, às vezes, de repente, eu acho melhor fazer assim, ah não, eu acho melhor fazer assim, **a gente entra num consenso**, acaba fazendo uma escala que é melhor, cada um acaba responsável por uma coisa, aí eu acho que funciona bem (AE1, USFA).

Outro aspecto que merece destaque diz respeito a considerar a “reunião de equipe” como um “espaço de encontro”. Nas duas unidades de saúde, a “reunião de equipe” é assim considerada: um espaço de encontro entre os trabalhadores de saúde. Esse espaço se constitui não somente para dialogarem sobre o trabalho em saúde, mas é tomado como momento para conversar sobre suas vidas, como momento de confraternização.

Todo mundo participa, nessa última que você veio eu não tava, sabe por que, foi a **confraternização do pessoal**, aí não tinha entrado, aí eu tinha que sair, aí não deu pra eu ir. Ah **eu gosto também de bagunça, todo mundo gosta**, aí não deu pra participar, aí eu tive que ir embora mais cedo. [...] aí é uma reunião bem tranquila viu, **assim, ninguém sai de mal com ninguém, todo mundo conversa, brinca, fala na hora que tem que falar, acho que é bem bacana** (AE4, USFB).

Eu acho fundamental, é um momento [reunião de equipe] **que você tem pra ta junto com a equipe, porque no dia a dia às vezes a gente vê uma, não vê a outra, não dá tempo, você passa mal fala bom dia**, é oi, tchau, já é hora de almoço, é não sei o que. E na reunião de equipe não, você pode ficar conversando, discutir os problemas da unidade, [...] Então são coisas assim, eu acho que essa reunião é fundamental (ACD2, USFB).

É uma..., a equipe gostosa, assim, que nem a nossa que a gente conversa bem, a gente... **A gente sabe da vida particular de todos**, todas as pessoas que trabalham aqui, as pessoas se abrem, a gente se abre, e a gente pede conselho, no profissional também, é muito legal, **porque não tem muita distinção de níveis**, então assim **na reunião de equipe a gente sempre conversa, todo mundo de igual pra igual**, acho que é isso, **é uma amizade mesmo que a gente constrói**, porque a gente tem um objetivo, porque é pra população, então é aquela coisa,

a gente não é obrigado a ama ninguém que trabalha com você, se você vive bem com essa pessoa, melhor ainda, **porque quando a gente não trabalha com objeto, a gente trabalha com pessoa**, então eu acho que a gente faz esforço por todos os lados, e de tanto faz esses esforços passa por cima de coisas, respeita o limite de cada um, respeita a personalidade de cada um, acho que a gente ta no ponto que a gente falo, acho que ta bem estruturado hoje (ACS3, USFA).

Trata-se de espaço para construir relações mais prazerosas no trabalho, em que os trabalhadores podem expressar suas vivências, suas dores e sofrimentos, espaço de encontro de subjetividades que, se postas em ação/relação, podem colaborar para a produção de projetos de vida, de produção de vida para os trabalhadores e para os usuários (MISHIMA et al, 2003).

Campos (2000) aponta que, no trabalho, além da produção de um produto qualquer que apresenta um dado valor de uso e um valor de troca, seu desenvolvimento também reproduz as organizações e instituições e produz sujeitos. Na fala dos trabalhadores, a “reunião de equipe” pode se constituir nessa possibilidade de constituição de sujeitos. Contudo, é importante que possamos refletir como essas questões estão postas. Apenas como “momento de relaxar”? Em que medida a gestão/gerência local tem tomado esses aspectos como potencializadores para a construção na equipe de uma comunicação fluida, clara para a construção de projetos de produção de atenção e de cuidado?

Além desse aspecto, os trabalhadores de saúde valorizam a “reunião de equipe” como um espaço em que é possível ainda dialogar sobre a relação entre eles, pois consideram o conflito inerente ao trabalho em equipe e acreditam que se faz necessária a reflexão sobre as situações problema. Alguns trabalhadores apontam que essa dinâmica se mostra como um diferencial em relação à organização do processo de trabalho nas UBSs.

Então eu acho, **eu acho bom o PSF, isso é a diferença da UBS, que não tem que fazer essa reunião**, e UBS é muito funcionário, então geralmente um fica brigado, no PSF às vezes **a gente dá uma**

brigadinha um com o outro, mas a gente já resolve, ou fala em reunião, é muito chato, mas pelo menos já resolve. Eu acho que essa é a diferença, essa é uma coisa boa assim. Então, é isso, **essas reuniões, a gente lava a roupa suja**, porque aí a gente fala o que acha “olha eu não gostei daquele dia que você me fez isso” ou então “ó você tem que mudar”, isso eu acho uma coisa boa. Porque em UBS eu nunca vi isso, eu sempre vi assim, gente brigado, e ficava por isso mesmo. É às vezes tem isso, mas resolve, pode até ficar um tempo, mas aí vamos lá, vamos conversar e resolver [...] (AE3, USFB).

Oh, eu acho que não, lógico que a gente, **a gente pensa diferente às vezes**, porque ninguém pensa igual a ninguém, mas assim, depois, a, depois **nas nossas reuniões de equipe, que elas acontecem uma vez por semana, a gente senta e a gente vai ver o que é melhor**, às vezes não é porque eu falei o que eu penso, que eu penso assim, tem que ser do meu jeito, não, **é o jeito que todo mundo acha que vai ser melhor, pra um paciente, ou pra, pra própria equipe, pra comunidade**, não é o que um pensa, é o que a equipe acha que é mais adequado, o que todos acham, entendeu? E eu acho que assim, é, **na reunião de equipe que a gente coloca os nossos problemas, as nossas angústias e que a gente resolve**, mas que assim, que o clima pra trabalhar, que não, eu acho que não é ruim, eu acho que é bom. [...] Depende do que tá acontecendo, ou se a gente acha que dá pra esperar em reunião de equipe pra passar, pra discutir, assim, eu acho que nunca que você tá com uma angústia, com uma queixa, porque você tem algo a falar, você tem que esperar só a reunião de equipe, você tem abertura pra chegar e falar?! Pode falar naquele momento [...] (AE2, USFA).

Sem dúvida o espaço da “reunião de equipe” constitui um “diferencial”, conforme foi apontado pela trabalhadora, marcado pela busca de consensos, de resolução das “brigas”, de expressão das angústias presentes no trabalho. Mas será que esse espaço está sendo considerado como momento de construção de novas práticas em saúde? Pinheiro e Luz (2003, p. 17) assinalam que “o cotidiano das instituições de saúde surge como um espaço não de verificação de idéias, mas 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”.

Nesse âmbito, as autoras referem que as instituições de saúde assumem papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, na medida em que reúnem, no mesmo espaço, diferentes perspectivas e interesses de distintos atores sociais (PINHEIRO; LUZ,

2003). Dessa forma, os serviços de saúde “atuam para a construção e reprodução de saberes e práticas integrais do cuidado e da atenção à saúde, assim como a avaliação dos efeitos de uma política que o Estado desenvolve, face ao nível de saúde da população” (PINHEIRO; LUZ, 2003, p. 18).

A reflexão das autoras leva-nos a questionar as possibilidades que os trabalhadores das unidades investigadas possuem para tal empreitada, pois a dinâmica da “reunião de equipe” revelada pela equipes de saúde é tomada para verificação de idéias e não para construção de saberes e práticas integrais, nem para avaliar a política de instituída pelo Estado. Para Ceccim (2004/2005), a formação profissional habilita trabalhadores para determinado ofício, mas ela não assegura a qualificação permanente para o enfrentamento da inovação tecnológica, superação de paradigmas ou perspectivas, novas descobertas, a multidimensionalidade das necessidades individuais e coletivas de saúde ou a abertura para novos perfis de atuação sócio-institucional.

Nesse âmbito, Ceccim (2004/2005) afirma que

Para ocupar o lugar ativo da Educação Permanente em Saúde precisamos abandonar (desaprender) o sujeito que somos, por isso mais que sermos sujeitos (assujeitados pelos modelos hegemônicos e/ou pelos papéis instituídos) precisamos ser produção de subjetividade: todo o tempo abrindo fronteiras, desterritorializando grades (gradis) de comportamento ou de gestão do processo de trabalho. Precisamos, portanto, também trabalhar no deslocamento dos padrões de subjetividade hegemônicos: deixar de ser os sujeitos que vimos sendo, por exemplo, que se encaixem em modelos prévios de ser profissional, de ser estudante, de ser paciente (confortáveis nas cenas clássicas e duras da clínica tradicional, mecanicista, procedimento-centrada e medicalizadora) (CECCIM, 2004/2005, p. 167).

A “reunião de equipe” desenvolve-se contando com um coordenador e um redator da ata. Na USF A está instituído que a coordenação, bem como a elaboração da ata, devem ser papéis assumidos por todos que compõem a

equipe de saúde, em esquema de rodízio. Esses trabalhadores não apresentam dificuldades em relação a tais tarefas, inclusive se sentem valorizados. A coordenação se restringe a controlar o tempo da fala dos demais, pois as pessoas se empolgam e falam por um tempo prolongado, ainda que o problema já tenha sido solucionado.

Nessa sala que nós estamos na sexta-feira a partir das 3 horas até as 5 horas **Discute casos de encaminhamento para usuários, de prioridade, alguns problemas com algum usuário**, como solucionar, aí a equipe acaba entrando em um acordo, dando prioridade e tentando ajudar da melhor maneira. **Essa reunião tem sempre um coordenador**, que coordena a equipe e **um que faz a ata, e é revezado isso a cada reunião. Eu já coordenei, já registrei ata, como o médico, a enfermeira, a dentista, o agente comunitário, a ACD**. Já coordenei reunião, já registrei ata. O que eu achei de coordenar? Não, não faz muito tempo, foi uma experiência boa, porque você ali coordenando como em qualquer equipe, você, assim, acaba se empolgando com o assunto, o tempo passa, então **você ali coordenando tem que pedir para que a equipe manere**, dá um tempo e você retoma novamente. Isso do **controle do tempo, porque aí às vezes o problema já foi solucionado e as pessoas continuam conversando aquele mesmo assunto**, então aí quem está na coordenação, viu, que o problema já houve uma solução e continua naquela conversa, então quem está na coordenação pede para parar e prosseguir com outro assunto. [...] (ASG1, USFA).

Parece-nos que a dinâmica de rodízio funciona para os papéis de coordenação e de redator da ata e é tomada como uma possibilidade de romper as relações de poder entre as diferentes categorias profissionais, em direção à constituição de uma gestão/gerência compartilhada/colegiada. É preciso considerar que essa atividade traz para o trabalhador uma possibilidade de sentir-se apto a desenvolver algumas ações que julga ser apenas do médico, do dentista ou do enfermeiro.

Podemos perceber que a “reunião de equipe” pode ser considerada um espaço coletivo de reorganização do processo de trabalho. Porém observa-se um movimento de realizar uma reunião entre os profissionais universitários antes da “reunião de equipe”. Defende-se esse espaço, pois se considera que os

profissionais universitários devem consensuar sobre a organização do processo de trabalho para o diálogo junto aos demais trabalhadores de saúde. E, ainda, referem que às vezes essa dinâmica não é efetiva, pois a situação problema pode surgir durante a reunião de equipe.

A gente ta investindo bastante nisso ultimamente, nós temos nos sentados aqui, hora que acaba as consultas, a gente tem conversado sobre a avaliação. **Eu, a enfermeira e a dentista, nível universitário só...** A residente tem participado muitas vezes, e depois é isso que a gente ta investindo, **sair daqui com idéias já meio prontas pra quando chega à reunião de equipe, você não ficar com aquela dúvida, porque nós descobrimos que nenhum dos três pode titubear perante o restante da equipe.** Falar uma coisa que ainda não foi discutida, nós temos que primeiro entrar num acordo, os três, pra depois **levar o milho cozido pro restante da equipe, isso é um passo importante dentro da gestão**, e não é fácil, e não é fácil, porque lá, se você lança uma idéia sem ter conversado, a enfermeira pode ter uma outra concepção daquilo, a questão dos cuidados muitas das vezes, a dentista pode ter outra concepção sobre aquilo. [...] (Med1, USFA).

[...] **Então assim, eu, a enfermeira e a médica, a gente ta tendo que sentar e conversar, a gente está tentando fazer uma reunião, nós três**, mas é que não dá tempo, às vezes a gente tem que conversar mesmo, às vezes acontece uma coisa e eu vi, a enfermeira não viu, então tem que passar para enfermeira. Às vezes a médica viu e eu não vi, então **tem que passar primeiro por nós três, para gente achar uma solução**, ou questionar ele, **para chegar à reunião de equipe.** Então a gente resolveu a semana passada, a gente tem um tempinho, a cada 15 dias a gente tem horário noturno, então a gente ta tentando encaixar uma reunião nossa, antes de começar esse horário noturno. Os três têm que sentar e conversar. Por que olha tem semana que eu nem vejo a enfermeira, tem semana que eu não vejo a médica, porque é paulera aqui, é paciente, paciente, muita demanda, então é isso que falta, **a gente sentar para conversar, nós três para gente gerenciar melhor. Seríamos nós três assim entrarmos num consenso.** Um problema, **a gente tentar trabalhar aquele problema, não solucionar, porque solucionar a gente vai tentar em reunião de equipe, mas ver uma saída para aquele problema [...].** (Den2, USFB).

Para Baremblytt (1994) não é possível pensar em processo organizativo que não inclua uma certa divisão de trabalho – os processos são muito complexos – há uma certa hierarquia de decisão, de deliberação.

Existirão hierarquias, existirão gerências. Mas a existência de hierarquia não implica diferença de poder; não equivale à autarquia ou arbitrariedade na capacidade de decidir. Implica apenas uma certa especialização em algumas tarefas, porque estes dispositivos estão feitos de tal maneira que as decisões de fundo são tomadas coletivamente (BAREMBLYTT, 1994, p. 20).

Questionamos, então, qual a intenção do trabalhador, quando aponta há necessidade dos profissionais universitários levarem o “milho cozido” à “reunião de equipe”. Será que nessa perspectiva o coletivo dos trabalhadores terá possibilidade de deliberar e de decidir? Segundo Baremblytt (1994, p. 20), na autogestão, “existem hierarquias em matéria de potência, peculiaridades e capacidade de produzir; mas não há hierarquias de poder, ou seja, a capacidade de impor a vontade de um sobre o outro”.

Na USFB, o trabalho desenvolvido na reunião de equipe é o mesmo da USFA, porém nessa unidade a enfermeira assume a coordenação da reunião. Atualmente, a enfermeira está tentando imprimir um movimento de descentralizar a coordenação da reunião, focando, principalmente, os profissionais universitários.

A enfermeira é oficialmente, é a enfermeira, mas qualquer um pode coordenar sabe, essa reunião. A, a verdade mesmo, que nem eu te falei, a oficial é a enfermeira, mas qualquer pessoa pode coordenar e **ela até ela ta fazendo esse trabalho de cada, de tentar inserir uma pessoa pra coordenar a equipe, pra todo mundo**, não só ela, ficar aquela coisa direcionada. Normalmente é ela. A como, assim, ela falasse, “você”, é ela que coordena, **se ela não motivar, aqui, não começa**. Mas assim, quando ela não ta, acontece muito quando ela ta, quando ela ta, a gente costuma esperar muito ela, mas quando ela não ta, algum, **alguma das superiores, que eu falo que é a dentista ou a, ou a outra enfermeira residente, ou a doutora, elas coordenam**. É, porque assim, **elas um grau maior de estudo**, também por isso, mas não por isso, **porque é a gerência aqui é, é dividida entre elas**, então assim, o que eu pedir pra uma, entendeu, não preciso, pra enfermeira que é enfermeira chefe da, da unidade assim as superiores quando eu falo assim é questão de chefe, vamos falar assim (ACS7, USFB).

Todo mundo coordena, **antes a gente fazia o rodízio entre nós três, eu, a enfermeira e a dentista, mas agora não, agora a gente deixa também o espaço para o agente comunitário, para o auxiliar de enfermagem**, entendeu? Eu falo; ‘oh agora você quem vai coordenar aqui’ (Den2, USFB).

Os trabalhadores de saúde apontam que é possível exercitar a prática de coordenar a reunião de equipe, mas no momento há dificuldades.

Ah chegar lá, ia passar tudo para eles, passar os casos, falar da área ou alguma coisa diferente ou alguma informação que você tem que pra

equipe toda, assim da minha parte da minha área nunca foi um bicho de sete cabeças e você vai coordenar e você vai passar uma coisa que não é da tua área. **Então eu achava muito complicado, mas agora nós estamos aprendendo**, ainda não é que não resolveram isso 100% , mas a gente já está aprendendo para quando chegar lá e passar a aquilo. Já. Ah interessante e eu gosto assim de mesmo que sinta que estou ansiosa, mas assim tudo que é novo, a gente fica mesmo ansiosa, mas a gente também aprende, **se a gente não fizer a gente nunca vai aprender, a gente nunca vai saber como é**, e a gente tem um espaço para fazer, é bom porque a gente vai lá e tem que fazer e acabou tem que aprender de uma maneira que você tenha um novo conhecimento (ACS8, USFB).

A descentralização da coordenação da “reunião de equipe” aparece num primeiro momento para “aliviar” o trabalho da enfermeira. No entanto, o trabalhador de saúde percebe que essa dinâmica permite o desenvolvimento da capacidade de autonomia dele.

Olha antes era só a enfermeira, era mais **assim uma coisa mais na costa dela, um peso pra ela carrega. Ai, depois ela foi delegando para todo mundo um pouquinho, principalmente para as três pessoas que gerencia e ultimamente, ela vem passando para todo mundo, ela divide um papel para cada um lê, oh você lê isso, você lê isso, você lê isso**, às vezes a doutora vai e é ela que vai com a pasta e ela começa a reunião, ai ela passa um pouco para o outro e vai assim todo mundo um pouquinho. **Ah eu acho que é bom porque a gente aprende a dirigir**, a liderar alguma coisa, porque tem gente que já tem de nascença, aquele dom de líder, outros não, outros gostam preferem ser liderados porque é mais e a gente aprende a liderar, também, quando a gente não sabe muito a liderar. Alguma coisa eu lidero, outras não, **eu acho que eu tenho bastante coisa assim para liderar, para opinar, falar o que eu penso e levar adiante aquilo**, algumas coisas assim eu fico meio dependendo com quem eu to trabalhando com a pessoa, que eu estou lidando se é um grupo, às vezes outra pessoa tem mais condições de liderar do que eu. Ah acho que assim normal, todo mundo lê, todo mundo tem uma parte para eles fazer, eu faço a minha parte, **ainda que a gente achasse assim que era um bicho de sete cabeças** (ACS8, USFB).

Apesar de vislumbrar a possibilidade de autonomia, o trabalhador tem a enfermeira ou profissional universitário como modelo de atuação: “[...] e **a gente tem que procurar ver como ela (enfermeira) faz**, mesmo porque **a gente se espelha na direção dela para poder estar liderando**. Ali na reunião **fazendo mais ou menos como elas fazem**” (ACS8, USFB).

Percebemos que nas duas equipes de saúde há um movimento de compartilhar decisões, entre todos os trabalhadores de saúde, sobre organização

do processo de trabalho em saúde. Para tanto o espaço formal é a “reunião de equipe”. Mas a questão é saber em que medida está se instituindo o processo de auto-gestão e auto-análise, pois ACS8 USFA fala: “[...] é só **observar e fazer como todo mundo faz**”. Retomando Baremblytt (1994), os processos autogestivos e auto-analíticos não são bem vistos para a organização do sistema, pois:

não há nada que seja mais temido e mais odiado pelo sistema social, porque os movimentos instituintes têm esse intuito: que os coletivos presidam a definição de problema, a oferta de soluções, a colocação dos limites do que é possível e do que é impossível, o que normalmente é realizado pelas instituições, organizações e saberes de grupos dominantes (BAREMBLYTT, 1994, p. 24).

Para esse autor (BAREMBLYTT, 1994), a autogestão não é tarefa fácil. Isto faz com os objetivos últimos do institucionalismo – que são auto-análise e autogestão, não sejam atingidos nunca de forma definitiva, mas na base da tentativa, do ensaio, da procura, como já trazido anteriormente. Nesse sentido, acreditamos que as equipes de saúde das USFs investigadas estão tentando, ensaiando, procurando...

4.3. O processo de gestão/gerência compartilhada/colegiada nas Unidades de Saúde da Família – limites e possibilidades em sua construção

Alguns trabalhadores de saúde referem não saber identificar o papel da coordenação da unidade de saúde, mas entendem que essa é da responsabilidade dos profissionais universitários - médico, enfermeira, dentista – além de sua função específica.

Os trabalhadores referem que esses profissionais também realizam consultas e participam de grupos de orientação/operativo, levando informações

específicas da área tanto para os demais trabalhadores da equipe como para os usuários participantes.

Consultas, grupos, elas sempre tão envolvidas, nos grupos dos agentes, também as auxiliares, elas sempre tão participando, não sei, envolvimento em tudo. Tá participando dos nossos grupos, **dando apoio, auxílio, levando informação. Cada um tem um grupo, então, elas auxiliam a gente dando idéia boa, dando idéia, trazendo, é, trazendo coisa nova**, e assim **participando do grupo, levando para a população**, também, informações que é da área delas (ACS10, USFB).

No entanto, existe uma orientação da SMHS de que esses trabalhadores são responsáveis pela organização da unidade de saúde.

Eu não sei explicar ao certo, assim, porque na verdade assim, **cada um tem sua função, que é diferente, que é o médico, a enfermeira e a dentista. São funções diferentes, mas como que é uma coisa que vem da secretaria, que tipo assim qualquer coisa, eles que vão responder primeiro, que eles tem um contato maior com o pessoal da secretaria [...]** (AE1, USFA).

Dessa forma, está explícito nas falas dos trabalhadores não universitários que a gestão/gerência da USF é da responsabilidade da dentista, da enfermeira, do (a) médico (a) “Ah o gerenciamento temos sim. **A enfermeira, a dentista, e a doutora, elas trabalham juntas nessa coordenação, nessa gerência. Ah é nós somos responsabilidade deles, eles são responsáveis pelo nosso trabalho [...]**” (ACS8, USFB).

Cabe a gestão/gerência da unidade de saúde a definição da rotina diária de cada trabalhador de saúde.

Ah a organização da unidade. A organização dos trabalhos, da **relação entre a gente, a organização de como vai fluir o trabalho, o que falar, o que fazer**, assim uma forma é generalizada, não “você faz de um jeito, você faz de outro”, falando, falar, todo mundo, falar a mesma língua (ACS7, USFB).

[...] **Eu acho que seria a organização de serviço**, porque assim **a agente comunitária tem que ter uma rotina e uma auxiliar de enfermagem também**, mesmo porque eu não posso chega, o que faz primeiro, tem uma rotina do dia, por exemplo, eu chego de manhã, sei o dia que tem coleta de sangue, a prioridade é coleta de sangue, porque a pessoa está em jejum, porque o motorista vai passa, então assim a organização do serviço, aí depois o quê que é mais importante, primeiro, né o quê que é, é os agendamentos da coleta de papanicolau, posso agendar para um pouco mais tarde, né, por que eu sei que coleta de sangue e acolhimento, que são coisas mais prioridade, que o pessoal tá

aí desde às 7 horas. Então eu acho que é uma organização de serviço, mesma coisa da agente comunitária, a organização de serviço do agente, [...] **a enfermeira tem o papel de ta coordenando este tipo serviço, de realizar a organização dos trabalhos** (AE1, USFA).

Peduzzi (2001), discutindo o trabalho em equipe, alega que, para sua constituição, alguns elementos se fariam necessários: o trabalho norteado por um projeto tecno-assistencial, construído de forma compartilhada pelos trabalhadores; a comunicação fluída e permanente entre esses trabalhadores, de modo a se estabelecerem linguagens que possam ter significado e construir sentidos comuns a todos os envolvidos; estabelecimento de objetivos e propostas comuns constitutivas do projeto assistencial.

Assim, para o desenvolvimento do trabalho cotidiano caberia a comunicação entre a gerência instituída formalmente e a equipe, não apenas para a divisão de tarefas, mas para um trabalho articulado em torno de um projeto de produção de cuidados comuns sustentado pelas premissas presentes na Saúde da Família, de vínculo, co-responsabilização, acolhimento, produção de autonomia dos sujeitos envolvidos - trabalhadores e usuários (MERHY, 1997).

Quando se discute a implantação do modelo de atenção proposto pela Saúde da Família, uma questão central se volta para a reorganização do processo de trabalho, das relações que se estabelecem entre os sujeitos envolvidos. Contudo, na fala dos trabalhadores, essa dimensão da gerência não se faz presente, pois estes parecem não ter clareza do trabalho desenvolvido por essa instância para além da organização e controle das tarefas a serem realizadas. Dessa forma a gestão/gerência deve responsabilizar-se **“por tudo aquilo que a gente realiza com o usuário aqui dentro, na área tudo, então tudo isso eles vêm e cobram da gente, procuram obter informação pra vê se ta sendo realizado, de que forma ta sendo feito, então é dividido, os três, cada um faz um pouco, cada um faz um pouco disso [...]”** (ACS8, USFB).

Assim, a dimensão burocrática do gerenciamento do serviço de saúde se faz presente na fala dos trabalhadores, uma vez que nas unidades investigadas essa é compreendida como o preenchimento de planilhas relacionadas à produção, abertura do “malote”, ou seja, abrir uma pequena mala que contém os comunicados vindos da SMHS, bem como a organização do espaço físico e provisão de materiais em cada local de atendimento.

[...] Bom, toda a **parte burocrática**, tudo a parte burocrática da unidade que tem que ser feita, a parte de gerenciamento em geral, **olhar a farmácia, ver se ta tudo em ordem**, toda essa parte [...] **Papelada, preenchimento de planilhas que é cobrada pela secretaria que tem as datas certas**, planilhas, tudo essa parte de papelada burocrática. Ah, planilha de gestante, planilha de vacinas, planilha de hipertensão, toda essa, todo aquele atendimento que é colocado em planilha que tem um dia de fechamento, que é mandado pra secretaria. [...] **Abertura de malote** [...] Aí quando ta vindo o malote você não sabe o que espera [...] **Vem vários comunicados, várias coisas que tem prazos pra ser entregue** [...] E, é a parte burocrática é essa mesmo, é papelada, é resolver essas, **pepinos que nem diz a história** (ACS9, USFB).

Mais uma vez se reitera a dimensão da gerência em seu aspecto técnico-administrativo, não transparecendo sua dimensão política, isto é, a possibilidade de mobilizar os trabalhadores para outro fazer, que seja compartilhado para a construção de um projeto político assistencial voltado à produção de cuidados à população usuária da USF.

A gestão/gerência da unidade é a referência para resolução de conflitos entre os trabalhadores de saúde e desses com os usuários do serviço de saúde, como revela a fala da ACS “[...] **Porque qualquer problema que aconteça aqui, são os três que vão ter que assumir este problema**, se for uma coisa grave, qualquer coisa que aconteça, **são os três vão ter que assinar por isso. Porque se os três estavam aqui como pode acontecer uma coisa dessa**” (ACS4, USFA).

Assim, os profissionais universitários devem responder pelos problemas que surgem na USF. Os conflitos entre os trabalhadores de saúde são resolvidos com esses profissionais para que não chegue à SMHS.

Porque eles sempre sabem de tudo o que acontece, tudo o que acontece aqui, os três sempre, estão sabendo. Por exemplo, num problema entre equipe, eu discuto com você, automaticamente, você vai até a minha chefe (enfermeira) ou até a dentista, **vai reclamar que eu discuti com você e ela vai me chamar, e aí os três vão estar presente. Então antes que chegue na secretaria que tem força maior, os três conversam e deixam claro o que está acontecendo e o que não ta.** [...] (ACS4, USFA).

Como que a gente resolve? **Conversando entre nós três e com as pessoas envolvidas no conflito e em alguns casos colocando a equipe inteira também, mas ai depende do caso.** Aqui dentro seria eu, dentista, a enfermeira e o médico, os três (Den1, USFA).

Esse papel de mediação, de possibilidade de interlocução entre os membros da equipe, e desses com a população, parece assumir o papel de controle, daquele que exerce seu poder de definir o “certo” e o “errado” antes que chegue em outra instância de poder.

As gerentes da unidade de saúde - a enfermeira, a dentista e a médica - são responsáveis pela organização do serviço de saúde; “tudo” tem que ser “acompanhado/fiscalizado” por esses profissionais, para que possam manter a SMHS informada sobre o funcionamento da unidade. Parece que a gerência está sendo compreendida como planejamento, organização, direção e controle das atividades diferenciadas pela divisão do trabalho, que ocorre dentro de qualquer organização, porém buscando uma condução racional das atividades (MISHIMA et al, 1997). Nesta perspectiva, cabe à gestão/gerência em saúde o papel de controlar e regulamentar o trabalho, por meio de normas administrativas e com padronizações técnicas (CAMPOS, 1997).

Cabe ressaltar, portanto, que esse controle certamente é necessário no desenvolvimento do trabalho coletivo, mas que pode se resumir apenas a este aspecto, sem permitir que os trabalhadores desenvolvam e coloquem em ação sua autonomia no trabalho, que expressem suas diferenças e que possam assim estabelecer objetivos e metas para esse trabalho.

Esta questão é discutida por Campos (2000) quando reconhece que a disciplina e o controle continuam sendo eixos centrais dos processos de gestão, uma vez que a abordagem clássica do pensamento administrativo, proposta por Frederick Winslow Taylor e fundadora de um modo governar, em seus princípios gerais, ainda não foi superada.

Os gerentes das unidades investigadas também são responsáveis pelo enfrentamento de reclamações dos usuários, conforme revela a fala de um ACS: “[...] às vezes **eles tão falando, começa a ficar muito grande, vira aquela bola de neve toda aquela reclamação**, a gente procura levar a pessoa numa sala, e quando é assim, **a gente vê que ta muito grande aquela reclamação, a gente chama uma das superiores [...]**” (ACS7, USFB).

Os trabalhadores de saúde consideram que esta estratégia é eficaz, o mesmo trabalhador refere que: “[...] **na maioria das vezes é eficaz**, as pessoas, **elas ficam contentes**, ficam mais contentes, mais assim, eu acredito pela atenção que ta dando. **Pela atenção que foi dada pra elas**” (ACS7, USFB).

O significado de falar com o “chefe”, o “responsável” pelo serviço de saúde parece ter repercussões positivas junto à população que na expressão do trabalhador, “ficam mais contentes [...] pela atenção que ta dando”. Isso pode indicar que, nesse momento, há a possibilidade por parte do gerente de uma “escuta” mais atenta à reclamação/solicitação do usuário. Seria essa uma brecha para tratar da reclamação do usuário e transformá-la em possibilidade de participação, pelo acolhimento a uma demanda que o usuário não sentiu imediatamente atendida? Teria, nesse momento, a ação da gerência da USF criado uma possibilidade de sair do lugar de controle, para um lugar de acolhimento e de estímulo à participação do usuário?

A coordenação da unidade é considerada um apoio técnico para resolver casos de usuários/famílias “[...] Quando necessário **a gente vai até ela, elas vem até nós, se necessário a gente vai até a sala, entra, passa o caso, conversa [...]**” (ACS8, USFB).

Os profissionais universitários, enquanto gerentes, são responsáveis pela organização e supervisão da jornada de trabalho, atuando na negociação de “dias em haver” dos trabalhadores de saúde da USF.

[...] uma pessoa às vezes pede um dia ou dois quer resolver um problema, é uma questão de dividi horas, ou não, **às vezes, pode ser resolvido, internamente, às vezes é um problema que não pode ser resolvido, aí leva pra equipe gestora**, algum problema desse tipo assim, a gente não teve grandes problemas pra ter que levar para a secretaria, a gente nunca teve esta experiência, então, eu acho que assim acaba se resolvendo aqui mesmo [...] (AE1, USFA).

Para além dos aspectos formais voltados ao trabalho, a sua dimensão técnica, para os trabalhadores, os gerentes da USF são receptivos para escutar os seus problemas pessoais.

[...] Ah gente, com os funcionários, às vezes ta trabalhando, mas não ta com a saúde boa, às vezes, um problema assim não de doença mas de uma coisa que você talvez quer falar com ela pessoal, às vezes você quer conversa ta ansiosa também a gente pode ta chegando em qualquer uma delas pode ta conversando (ACS8, USFB).

Para os ACSs, auxiliares de enfermagem, atendente de consultório odontológico e auxiliares de serviços gerais, a prática de gerência instituída nas unidades de saúde é considerada como uma possibilidade de a equipe estabelecer uma relação de horizontalidade com os gerentes – profissionais universitários, pois todos os trabalhadores possuem o direito de falar dos problemas que ocorrem, tanto em reunião de equipe, como no cotidiano da prática em saúde. Ainda, parece presente a concepção de que é possível exercer a autonomia, ao se observar a fala da ACS da USFA: **“Ninguém aqui tem algum chefe, nós somos uma equipe, onde todo mundo tem direito de dar opiniões, em falar o que pensa, falar o que sente”** (ACS4, USFA).

Mesmo que de forma aproximada, a trabalhadora traz sua apreensão da gestão colegiada, uma vez que expressa a possibilidade de relações horizontalizadas com os gerentes, da ausência de receio de se colocar nos espaços de participação da equipe. Contudo, parece que ainda a decisão não consegue ser compartilhada em todos os momentos pela equipe, principalmente quando esta se refere a “um chefe que tome conta”.

[...] eu sempre aprendi e concordo com isso que sempre **a gente precisa de alguém responsável pela gente, então eu vejo isso como um superior mesmo, não que a diferença da gente seja tão grande assim, mas eu devo respeito** a ela, assim como à médica e à enfermeira, que é o gerenciamento colegiado, então as três são responsáveis por nós, então na ausência de uma tem a outra (ACD2, USFB).

Essa trabalhadora refere que a organização do trabalho na Saúde Família permite a comunicação com os profissionais universitários, diferentemente do trabalho nas UBSs. Nessas unidades de saúde não se tem acesso ao médico.

[...] é um programa que cresce muito com a gente, **é um programa que assim você tem sua opinião, você pode falar, você tem acesso ao nível superior, profissionais responsáveis por nós.** Então assim eu vejo cada um no seu devido lugar, tem uma hierarquia e **essa hierarquia deve ser obedecida, eu vejo assim, mas você tem um acesso maior, pra comunicação,** eu acho que a gente tem um acesso muito bom. Eu acho que sim, acho que pelo contato que a gente tem, não sei assim te falar claramente. Que nem lá, eu venho da UBS, com o médico você não tem muito contato, o seu contato na UBS é com enfermeira assistencial e com enfermeira gerente, com o médico é muito raro ter contato [...] (ACD2, USFB).

As falas vão apontando que, apesar da lógica da racionalidade científica estar colocada para o trabalho nas USF investigadas, existem brechas para o acolhimento pela gestão/gerência de questões que estão colocadas na dimensão comunicativa, política e de desenvolvimento da cidadania, e que podem qualificar o trabalho realizado na unidade de saúde, bem como poderiam permitir a implementação da gestão/gerência compartilhada/colegiada na USF.

Na USFB, os ACSs e auxiliares de enfermagem referem que, anteriormente, a coordenação da unidade era de responsabilidade da enfermeira. Atualmente, os profissionais universitários estão conversando sobre a necessidade de o gerenciamento ser compartilhado entre eles. Para esses trabalhadores, essa mudança causa estranhamento.

A dentista, a médica e a enfermeira. Olha, elas tão começando, porque antigamente é, ficava só na enfermeira mais essa coordenação, cada uma fazia o seu trabalho, dentista, médico e ela ficava com o gerenciamento quase todo pra ela. Aí elas foram conversando e, tão colocando em prática é as três é, fazer esse gerenciamento, então a gente ta aprendendo também agora a lidar com isso, porque que nem eu to aqui vai fazer quatro anos e a gente tá acostumada só com a enfermeira, ela sempre, tudo é ela, tudo é ela, aí agora a gente ta aprendendo a ver é, as outras também, que ela falou que é um gerenciamento mais colegiado, tudo, então a gente também tem que se adaptar a, não só a procurar a enfermeira pra resolver tudo, já que as três tão ali na coordenação então você pode falar com o médico, você pode falar com a dentista, tudo é a mesma coisa [...]. Isso aí (preenchimento de planilhas) antes era só a enfermeira que fazia, acho que agora ela começou a dividir. Abertura de malote.que também era só na mão da enfermeira, só ela abria [...] tem vez que tem várias coisas, e só ela que resolvia. [...] e ficava só nela agora ela ta conseguindo dividir. Ta tentando, dividir, acho que também não é fácil pra ela, que nem ela falava, que ela guardava muito pra ela, não conseguia dividir, agora que ela ta conseguindo [...] (ACS9, USFB).

Chefiam, chefiam sim. Às vezes assim não só pela coisa ruim, pela coisa boa também é, [...] no começo a gente só podia pedir [horas em haver] pra uma pessoa, a enfermeira, agora não, a gente pode pedir pra qualquer uma delas. Assim, elas tem autoridade, então assim, pra ta organizando. Porque assim, foi feito uma, uma combinação entre elas, que nem, a enfermeira conversou com as quatro “quero dividir o gerenciamento com vocês” ta, então a partir dessa conversa foi passado uma autoridade pras outras também, porque se não a chefe é ela, então, você não precisa assim é, passar caso só pra, pra enfermeira ou passar caso só pra uma pessoa, uma pessoa, alguma mudança, alguma coisa que aconteceu assim, só pra uma pessoa, eu posso passar pra qualquer uma delas entendeu, porque elas tem autoridade da própria chefe pra ta, gerenciando também, entendeu, é como se fosse uma pessoa em quatro (ACS7, USFB).

Pelas falas dos trabalhadores da USFB é possível identificar que a enfermeira é o profissional que está mobilizando a dentista e a médica para compartilhar a gerência do serviço de saúde, ou seja, para a divisão de tarefas de caráter técnico-administrativo. A enfermeira dessa unidade fala que não é possível gerenciar a unidade sem contar com a contribuição da dentista e da

médica, pois na Saúde da Família, a enfermeira assume também o trabalho assistencial, como os demais trabalhadores de nível universitário:

No dia em que eu conversei e falei que estava me sentido muito sobrecarregada, nesse sentido **porque eu atendo paciente com elas, e eu gerencio**. Assim aqui é um **Programa de Saúde da Família que tem outras diretrizes** assim, **não é uma coisa que tem a enfermeira gerencial e a enfermeira assistencial** aqui. **Eu sou a gerencial, a assistencial [...]** (Enf.2, USFB).

A enfermeira refere que a dentista e a médica estão de acordo com a reflexão que ela faz sobre a organização do processo de trabalho dos profissionais universitários em uma USF, embora essa divisão de trabalho seja um fato recente na USF investigada.

[...] Essa integração entre nos três sempre teve, **mas a divisão no processo de trabalho que era meio sobrecarregada para mim**, eu sempre sentia isso, eu não sei se elas sentem isso também. **Eu acho que a gente conversando a uns quinze dias atrás, eu acredito que elas também pensem assim e concordaram comigo** (Enf.2, USFB).

Essa trabalhadora de saúde aponta que a SMHS apresenta a diretriz da gestão colegiada, mas, no cotidiano do serviço de saúde, somente a enfermeira era responsável, era a referência para a organização do trabalho. A dentista e a médica não eram “chamadas” para assumir essa tarefa. Dessa forma, a organização do trabalho gerencial estava centrada na enfermeira, sobrecarregando-a e comprometendo a qualidade de seu trabalho. Atualmente, a enfermeira percebe um movimento de mudança e insiste que há necessidade da SMHS instituir a gestão colegiada de fato.

[...] porque assim eles tinham uma visão, **ah tem que ter bonito é gerenciamento colegiado, só que na hora do vamos ver, eu tenho a impressão que a visão deles é focado na enfermeira e que hoje eu acho que isso melhorou muito**, e eu acho que isso vai melhorar mais ainda daqui por diante. No início de dividir comigo, com a dentista, com o médico, **que é porque não adianta nada, eu fala, eu sentar aqui comigo, olha isso aqui você pode fazer também**, ta bom para a médica e para a dentista e para todos, **se o meu chefe, a minha coordenação foca em mim a idéia, eu me sinto mal, porque parece que eu não estou fazendo o meu serviço e elas se acham**, eu

acredito nisso e eu estou falando o que eu acho, que eu me sinto incomodada por que daí, só que elas falam assim ta bom, ta então, **'eu vou te ajudar porque coitada ta cheia de coisa para fazer porque ela ta pedindo, mas não é uma função minha'** é isso que tem a visão entendeu. **Pelo que eu conversei é. Agora sim** (Enf.2, USFB).

Essa enfermeira se sente sobrecarregada pelas atividades assistenciais e gerenciais que assume, afirma não conseguir avaliar o trabalho das auxiliares de enfermagem, que considera da sua responsabilidade.

É da auxiliar de enfermagem é o que eu estava falando é o tempo mesmo que está curto. Então assim o que acontece, o que a gente se tocou, **porque eu não estou tendo tempo para auxiliar de enfermagem que é elas na verdade é uma coisa, é como eu posso dizer é minha é minha responsabilidade** e eu teria que estar dando tanto tempo para ela quanto como para os outros membros da equipe senão até um pouquinho mais, e aí assim graças a Deus no início da unidade assim deu tempo de treinar e elas são ótimas, [...] (Enf.2, USFB).

Parece-nos que os auxiliares de enfermagem estão percebendo a problemática que a enfermeira revela, ou seja, que seu trabalho está mais voltado para o trabalho dos ACSs. As auxiliares de enfermagem referem que o trabalho delas é organizado por elas mesmas.

Então **eu acho que são as três**, [responsáveis pela USF] Olha, eu vejo que de vez em quando **a enfermeira faz reunião só com os agentes**, acho que pra organizar o trabalho dele, mas o nosso... É que geralmente **a gente organiza mesmo, nós duas eu e a outra auxiliar**. O nosso, assim a gente agiliza assim o nosso serviço, uma semana eu fico em um lugar, na outra semana ela fica em outro, entendeu. [...] mas o nosso, geralmente ela nunca falou nada assim "ah! faz assim, faz desse jeito". É, não. Às vezes a enfermeira vai lá, por exemplo, olha alguma coisa na sala de vacina, mas se ta normal ela nunca falou nada (AE3, USFB).

Aqui cabem duas reflexões acerca das concepções de gestão colegiada implícita na fala dos trabalhadores de saúde investigados: gestão colegiada como o compartilhamento das ações desenvolvidas pelo médico, enfermeiro e dentista e gestão colegiada como exercício de poder pelos sujeitos presentes no processo de trabalho em saúde, preponderantemente a equipe de saúde.

Uma primeira concepção presente, tanto na fala dos trabalhadores de nível universitário, como dos demais, refere-se à gestão colegiada como aquela desenvolvida pelo enfermeiro, médico e dentista, havendo a necessidade de uma divisão de trabalho na condução da gerência da unidade de saúde entre os profissionais universitários.

A médica da USFB fala das atividades que compartilha com a dentista e com a enfermeira para concretizar a gestão colegiada, como abertura de “malote” e suas demandas, controle de horário e das ações dos trabalhadores, como, por exemplo, identificar se os grupos de orientação/operativos estão sendo desenvolvidos, realizar triagem de usuários na recepção.

[...] É, por exemplo, são pequenas coisas, **abertura de malote** e o **que vem no malote** **você tem que dar continuidade para aquilo**. O encaminhamento. “Oh isso daqui tem que encaminhar não sei aonde”, eu passo isso para os agentes, **cobrança de horário, cobrança de ações**, eu vejo os exames, cato um monte, aí eu falo: “oh tem que manter um grupo de orientação alimentar”. **Vira e mexe: “cadê o grupo alimentações alimentares? Já fez? Quando que vai fazer?”**. Então **são coisas que o médico antes não fazia, não é uma coisa de médico. Cobro, vou para frente às vezes pra recepção**, se chega um paciente e eu estou lá na frente, faz uma pergunta eu respondo, **até coisas que não tem nada a ver comigo, como de farmácia, não é um ato médico, não é uma consulta, a pessoa quer saber sobre algum encaminhamento, como funciona a agenda da dentista**. Acho que tudo isso funciona como gerenciamento (Med2, USFB).

Na USFA, da mesma forma, os profissionais universitários consideram que a gestão colegiada, é entendida como a organização do serviço de saúde realizada pela enfermeira, pelo médico e pela dentista, sendo um processo em “amadurecimento”, pois existem conflitos entre os trabalhadores. Consideram que gestão colegiada traz benefícios, pois é possível dividir a responsabilidade dos problemas da unidade de saúde. Contudo, a gestão colegiada pode trazer dificuldades, pois se os profissionais universitários não negociarem as decisões, corre-se o risco de os demais trabalhadores de saúde identificarem duplo ou triplo

comando na unidade de saúde e fazerem uso da gerência da unidade para interesses pessoais, “desorganizando” o processo de trabalho.

Eu acho que tá **num processo de amadurecimento muito bom**, a gente vêm tentando trabalhar isso há muito tempo e **culminou realmente com uma conversa que a gente teve com a equipe gestora** e que a gente realmente chegou a um ponto de consenso e que sem isso, a gente não conseguia trabalhar, porque realmente a equipe, **pra eles é muito, muito cômodo que nós três estejamos trabalhando cada um no seu pedacinho e sem muita visão do geral**, então **a gente chegou num consenso** de que a gente realmente tem que trabalhar assim e que **não é só falar na gestão colegiada, ela tem que acontecer de uma forma total. Depois que a gente vem realmente trabalhando dessa maneira os problemas diminuíram absurdamente** (Enf.1, USFA).

[...] Ai fizemos uma reflexão sobre as várias outras coisas, mais **essas coisas foram se somando, [...], o desmando, porque a gestão colegiada, ela traz consigo belezas e problemas, porque você repartir o comando, pode ser uma coisa boa, porque você pode repartir os problemas e os benefícios que esse comando pode trazer, mas ao mesmo tempo fica como se tivesse uma criança que tivesse o pai e a mãe. Então as crianças são o nível médio, eles chegam pra enfermeira e não conseguem alguma coisa, elas chegam pra mim e vem pedir. Então sempre tem que tá muito conversado o médico, a enfermeira e a dentista juntos, porque ele veio pedir uma coisa pra você enfermeira, você não deu, ele veio pro médico, o médico deu... Pronto estragou o negócio. Então quer dizer muitas das vezes o meu problema neste sentido (não sou nenhum santo não), eu tô dizendo que nesse sentido muitas vezes o meu problema foi não ter repartido a informação com elas, por talvez achar que fosse óbvio, mas eu devia ter chegado na reunião de equipe como eu cheguei algumas vezes, mas a coisa se reincidiu, entendeu [...]** (Med1, USFA).

Mesmo nesse contexto, a enfermeira da USFA considera que a coordenação do trabalho realizada pelos profissionais universitários é eficaz, pois conta-se com três visões diferentes para enfrentamento de situações problemas, possibilitando menor risco de cometer injustiças com os trabalhadores. Essa prática é diferente, pois geralmente o enfermeiro assume a coordenação do serviço de saúde, sendo considerado o “chefe”. A trabalhadora considera que essa perspectiva de gerência coloca o enfermeiro em uma situação de desgaste, pois é visto como aquele profissional que pune e controla o trabalho dos demais.

Eu acho bom porque **você tem três visões diferentes, tem a questão da imparcialidade**, que nem você é imparcial porque você trabalha com as pessoas o dia todo, todos os dias passam mais tempo aqui do que em casa, então é difícil você também dizer “não, eu vou ser completamente

imparcial” Tem a questão das afinidades, então eu acho **que, tendo três, eu acho que a gente corre menos risco de ser injusto com as pessoas.** [...] Mas eu acho bom porque geralmente **a gente vê que tudo fica nas costas da enfermeira,** tudo é a enfermeira e quando eu vim pra cá, ainda eu tinha esta visão, de as pessoas **chamar as vezes a enfermeira de chefe, é aquela coisa as vezes até a dentista, ô chefe,** as vezes ela brinca “chefe”, **“não, não sou chefe de ninguém, aqui não é tribo”** **A gente trabalha junto mas essa questão da divisão, da questão da responsabilidade, das atribuições de gestão eu acho ótimo.** Eu acho que mudou porque eu não peguei isso pra mim, se eu quisesse ter pego, eu poderia, mas não... **Porque eu já venho já trabalhando nesse modelo há muito tempo e eu vejo que realmente assim isso não funciona, nos desgasta, nos coloca assim numa posição perante a equipe como alguém que tá ali, porque as pessoas não vêem muito o lado que você privilegia, vê o lado que você pune, o lado que você cobra, então tendo mais pessoas isso ameniza essa questão** (Enf. 1, USFA).

Há, tanto por parte desses trabalhadores como também da equipe, a identificação da gestão colegiada como esse compartilhamento, chamando atenção por vezes o fato de que esse aspecto é mais relevante do que a equipe se reconhecer como governando também o processo de trabalho cotidiano, e exercendo seu auto-governo (MERHY, 2002).

A segunda concepção que se faz presente, de forma bastante sutil, refere-se à compreensão da gestão colegiada da forma como expressa pela SMHS, como já trazido anteriormente, enfatizando além da integração dos serviços da rede de atenção, o fortalecimento da ação participativa e descentralizada, com ênfase na autonomia, comunicação lateral, com o estabelecimento de uma rede de responsabilidade e compromisso pela equipe de saúde local (MARÍLIA, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006).

Essa concepção vai à direção apontada por Merhy (2002), a partir das formulações teóricas de Carlos Matus, sobre o planejamento estratégico, quando afirma que no cotidiano do trabalho em saúde todos governam, ou seja, todos os sujeitos em situação (trabalhadores e usuários) têm a possibilidade de exercer

seu auto-governo e participar dos processos micro e macropolíticos presentes nos serviços de saúde.

Parece que essa segunda dimensão ainda se apresenta bastante distante, pois a equipe não conseguiu ainda vencer a primeira dificuldade, que é o compartilhar das ações na condução do processo gerencial. Essa questão não se faz presente de forma preponderante nas falas dos trabalhadores, contudo, há o apontamento, feito por um trabalhador, da necessidade de sair da questão discursiva, que consta nos documentos oficiais da SMHS, e a transformação em ação no concreto do trabalho em saúde.

O trabalhador que assinala nessa direção concebe a gestão colegiada, diferentemente dos demais trabalhadores de saúde, pois considera que essa não deve ser desenvolvida somente pelos profissionais universitários e sim por todos os trabalhadores de saúde, ou seja, defende a perspectiva de envolver a equipe de saúde na organização do processo de trabalho.

Eu, o médico e a dentista para fazer isso com toda, **a equipe, não só nós três, porque assim senão fica também uma coisa hierárquica, que fica nós os donos da sabedoria, do conhecimento, os donos da verdade e eles não** o que, que a gente está tentando fazer também, uma coisa que eu sempre quis, mas que não era uma coisa homogênea, também era tipo fazer um PBL aqui tipo assim ver os conhecimentos que ele tem do egresso, é puxa, **quais as necessidades de saúde da população através deles porque se for ver eles têm muito mais conhecimento disso do que nós, mas com embasamento científico no sentido assim de eles também estarem educando e darem sugestão para estar melhorando não que tem uma coisa de nos três para eles só**, mas que seja uma coisa uma troca, isso era feito por mim sim, mas era uma coisa que eu sentia que **parece que era só feito por mim, parecia que tinha mais uma parte de autoritarismo por parte das outras duas, por não ter eu acredito uma formação igual a nossa, não que seja errado ou certo, a minha maneira de ver o gerenciamento** então é isso (Enf.2, USFB).

Essa trabalhadora fala que a dentista e a médica não possuem esse entendimento, pois a formação desses profissionais não lhes proporcionou.

[...] e assim eu acho que a dificuldade que estava tendo na equipe, **era que isso não estava sendo homogêneo**, não era todo mundo que conseguia fazer essa bate bola, **pela própria formação**, eu acho. Principalmente os da Famema eu acho, os enfermeiros e que tem

aquela... Porque é assim na verdade o que eu converso com elas e eu concordo com elas e que **elas não tiveram uma formação de gerenciamento. Elas a dentista e a médica** (Enf.2, USFB).

A enfermeira também refere que aposta na gerência colegiada, mas tem dificuldades de operar.

[...] **eu já fazia assim com os agentes e com as auxiliares, eu sempre pedia a opinião para ver como é que era, como não era**, inclusive a gente já teve brigas assim com auxiliar de enfermagem que falava assim pocha, você fala que você não é a chefe, mas você não deixa a gente dar opinião e assim eu achava que estava fazendo, [...] **eu monopolizava muito e hoje ainda eu acho que assim, eu acho não é que eu já fazia, eu tentava fazer e hoje, eu vejo que eu estou mais desenvolvida nessa parte e que eu preciso me desenvolver ainda mais** [...] (Enf.2, USFB).

Essa trabalhadora considera que sua formação profissional foi boa, mas que é insuficiente para lidar no cotidiano da prática em saúde, “[...] eu acho que é difícil porque a gente não tem, **por mais que a Famema é maravilhosa nisso e ao mesmo tempo a gente sai ainda cru porque a gente não teve experiência ali, no vamos ver na rotina**” (Enf.2, USFB).

O contato com o desconforto, oriundo da reflexão sobre as práticas vividas, apontado por Ceccim (2004/2005), pode levar à disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, de forma a enfrentar desafios de produzir transformações no trabalho em saúde.

[...] Eu vejo porque eu fui aprendendo gerenciamento no meu dia-a-dia, porque com ele (médico), eu era **completamente a enfermeira da unidade, a chefe da unidade que monopolizava tudo sem querer**. Sem querer assim **sem perceber, não é sem querer, é sem perceber porque eu via que não era feito e eu tinha que fazer**, eu via que não era feita e eu não refletia que não era bem assim, talvez por falta de orientação, também por falta de percepção pelo momento que eu estava de iniciação, era o meu primeiro emprego, então assim na verdade, eu achava que estava tudo lindo e não estava, hoje, eu que percebo que não (Enf.2, USFB).

A fala dessa trabalhadora é bastante significativa, uma vez que aponta que o exercício da gerência se dá em processo, se faz em movimentos de aprendizado coletivo, se faz em movimentos instituintes, podendo colaborar para a captura do

trabalho desenvolvido na unidade de saúde, ou facilitar a expressão do trabalho vivo, que se coloca sempre como possibilidades em aberto no trabalho em saúde. Campos (1994), nessa direção, afirma que o trabalho gerencial pode servir tanto à manutenção de processos assistenciais como à sua transformação.

Essas possibilidades se dão também na primeira direção apontada, ou seja, do aprendizado em compartilhar o trabalho de condução da unidade de saúde, abrindo brechas para uma compreensão diferenciada, também da gestão colegiada.

A médica da USFB refere que a organização do trabalho da equipe está caminhando para o compartilhamento entre os profissionais universitários. Percebe que a dentista está com mais dificuldade neste processo, pois a gerência dos serviços de saúde é uma ação nova para esses profissionais, pois de forma geral, historicamente suas ações estão restritas ao consultório e à boca do usuário. Considera louvável a dentista ter consciência das suas dificuldades e desejar mudar esta prática.

Hoje em dia **a gente está partindo para um partilhamento disso daí, [organização do processo de trabalho] pelo menos dos profissionais de nível superior**, a dentista, tem muita dificuldade porque isso ainda é muito novo para ela, mas é uma característica de todos os dentistas, de todas as unidades de saúde, eu falo para ela: “fica calma, eu já trabalhei em outros lugares, **não é uma deficiência só sua**”, dentista é assim mesmo, fica lá no consultório dele e acaba se isolando dos problemas da equipe, mas eu acho que **só o fato de ela perceber isso e querer mudar isso já é sensacional, assim ela se incomodar com isso, já é muito legal**. Eu sou muito intrometida nisso, não consigo ficar quieta nesses assuntos, se a enfermeira gostasse ou não, eu estava me intrometendo, eu sempre fui assim então é o meu jeito de ser, então acaba... **Se existia antes de eu entrar, um momento em que quem fazia esse gerenciamento era só a enfermeira, eu nem quis nem saber disso, sabe. Não, eu acho que hoje é muito partilhado**. Eu acho que sim. Com os outros? [...] (Med2, USFB).

A enfermeira da USFB constata a deficiência da formação da dentista e da médica em relação ao gerenciamento, mas aposta na construção dessa prática no cotidiano do trabalho em saúde.

[...] então assim a **formação é do enfermeiro, eu acho que independente da onde for, ele é diferente do dentista e do médico, por ter a parte de gerenciamento que elas falaram, que elas não tiveram**, a gente discutiu isso, eu discuti com elas e elas falaram para mim dessas dificuldades, de não ter tido isso na formação delas, então como eu posso exigir isso no trabalho aqui, na hora que tá no meio de um trabalho mesmo, sem tá na graduação, então assim, eu sei que é difícil para elas também e assim eu tenho essa compreensão e eu digo isso para elas, **mas vamos juntos aprendendo isso então, porque eu também estou aprendendo, embora fizesse uma faculdade** é o que eu estou falando, faz quatro anos, que eu to tendo noção, eu acho ainda, porque daqui quatro anos pode ser que eu fale assim, não é nada daquilo que eu estava achando também, mas eu acredito que esteja na direção hoje e **junto com elas, elas tenham uma formação de gerenciamento** [...] (Enf.2, USFB).

Nas duas unidades de saúde, os sujeitos da investigação falam da dificuldade da dentista em gerenciar o processo de trabalho em saúde. Reitera-se que essa dificuldade está relacionada à formação e prática desse profissional, ou seja, estritamente voltada para o cuidado individual. A dentista da USFB revela essa dificuldade: “[...] eu não tinha esse perfil antes, eu era muito quietinha, na minha, eu **trabalhava entre quatro paredes**, sempre foi assim. Eu falo que assim, **o mais difícil no PSF é gerenciar uma equipe, é o mais difícil**. Aqui na cadeira, principalmente, a gente resolve, aqui na minha sala não tem problema nenhum [...]” (Den2, USFB). No entanto, a trabalhadora está se responsabilizando pela organização do processo de trabalho, assinalando que é preciso aprender a gerenciar: “[...] E eu **estou tentando trabalhar isso, tem que aprender**, eu não tenho o perfil? Não tenho, mais tem que aprender” (Den2, USFB).

A dentista da USFB refere que é ciente sobre a proposta de gerenciar em USF, ou seja, que a gerência deve ser compartilhada entre os profissionais universitários. Afirma também, que esse compartilhamento é necessário, pois a dentista e o médico “utilizam” do trabalho do ACS e cabe à enfermeira o atendimento aos usuários.

É responsabilidade nossa, não é só a enfermeira que tem fazer isso. Então como te falei eu sei disso, **quando eu entrei no PSF eu sabia disso, foi passado isso para mim**, então tenho que trabalhar isso e cobrar mais deles. Que a gente tem que agir como gerentes da unidade, que não é só o enfermeiro que é responsável, o médico, o dentista, tem

que participar também. Não, acho que sim, é o correto, acho que isso não faz parte só do enfermeiro não, **porque eu também preciso dos agentes comunitários, então eu acho que eu também sou responsável por eles, o médico também, então a gente tem mesmo é que compartilhar isso. [...]** Porque a enfermeira também tem que atender, ela tem os pacientes dela também, então, tanto eu quanto a médica, a gente tem que aprender a tentar gerenciar mais (Den2, USFB).

Apesar de ciente da proposta da gestão colegiada na Saúde da Família, a dentista da USFB assinala sua dificuldade, pois não teve instrumentalização durante sua formação profissional.

Eu falei para elas, que no **começo foi difícil pra mim, porque na faculdade a gente não aprende isso**, infelizmente à parte de odontologia, **eu sei que na enfermagem que eles têm a matéria só para gerenciamento, e voltado também para a saúde pública, nós temos voltado pra saúde pública, mas não tem gerenciamento**, a gente acaba aprendendo que dentista fica entre quatro paredes. Então no início foi difícil, agora que eu to há seis anos é mais fácil, mas no início, eu aprendi muita coisa (Den1, USFA).

É possível perceber a dificuldade das dentistas em gerenciar de forma a compartilhar com os trabalhadores de saúde a responsabilidade pela produção do cuidado “[...] Por que cada um é de um jeito, e **querendo ou não você tem que cobrar**, porque como eu falo, eu sou responsável por eles, **se eles fizerem alguma coisa errado, eu respondo por eles, eles não respondem por mim**” (Den1, USFA).

A dentista da USFA assinala que para gerenciar a unidade de saúde é preciso entender o funcionamento da unidade, como também, as demandas médicas como agendamento de especialidades e solicitação de compra de medicação. Além de saber lidar com as pessoas. A graduação em Odontologia não contribui com essa formação, pois se encontra direcionada para o atendimento odontológico individual.

Acho que tem que entender um pouquinho do funcionamento, não só assim da unidade, mas da parte de encaminhamento médico, porque daí essa parte não fica diretamente ligada à dentista. Porque assim, meus encaminhamentos tudo eu sei como funciona, mas assim, à parte de encaminhamento com medicamento padronizado, porque às vezes vem algum usuário com uma receita, ‘oh eu queria esse remédio,

tal, mas', ai eu tenho que saber mais ou menos se é padronizado ou não, se é alto custo, então assim, essas coisas se tem que ver aos pouquinhos e conforme a providência. A gente ficou, **aprendeu quatro anos na faculdade a ficar entre quatro paredes quietinho**. Não, não. Antes eu achava muito difícil. E ainda assim, para lidar com as pessoas, para resolver assuntos da unidade, que não fossem relacionados à odontologia diretamente (Den1, USFA).

Percebemos iniciativas dos profissionais universitários em considerar a gerência como instrumento de reorganização das práticas em saúde na perspectiva compartilhada, porém demonstram dificuldades teórico-metodológicas e o esforço de superá-las.

Nós já tentamos, [estabelecer metas e objetivos] mas eu acho que não, não foi concretizado. Então, a gente até conversou o que era meta, o que era objetivo a gente chegou a escrever uma reunião avisando a equipe, **a gente sempre ta consultando pessoas dessa área, eu tenho uma cunhada que trabalha com administração, o médico também ta sempre buscando, fazendo dinâmica, pensando em envolver a equipe, mas a gente vê que acaba ficando muito centrado em nós.** Nós três, um médico, uma enfermeira e dentista. A gente vê que assim, quando é pra fazer essa pactuação, isso existe, **a gente procura texto, a gente procura capacitar à gente, mas às vezes é o que a gente conversa, da mesma forma que a comunidade às vezes ta querendo outras coisas, a equipe também, então é difícil,** nem sempre a gente consegue desenvolver. A gente escreveu a questão da unidade, colocou nos objetivos do nosso trabalho, mas se você trabalha como equipe e o ambiente, nem toda equipe ta realmente envolvido nisso, porque realmente não ta acontecendo (Enf.1, USFA).

O exercício da prática gerencial está sendo considerado enquanto possibilidade para a dentista e o (a) médico (a) desenvolverem autonomia em relação ao enfrentamento de situações problema na unidade de saúde: “[...] **o médico e a dentista também têm autonomia para poder lidar com a situação**, ou se tivesse só o médico, ele também tem autonomia, ou só a dentista. Ah eu já tenho experiência, porque eu sempre falo que **eu não resolvo só à parte de odontologia[...]**” (Den1, USFA). A dentista da USFA fala também da oportunidade de desenvolver ações não específicas da odontologia: “[...] tem muito paciente que chega e fala, ‘ ah porque eu já tinha um encaminhamento agendado faz tempo’, ‘ah porque eu preciso de tal remédio’. [...]. Então eu até acho bom, porque daí a gente aprende algumas coisas, **que não são voltadas só para a odontologia**” (Den1, USFA).

É possível, portanto, perceber o esforço dos profissionais universitários em buscar o aprendizado para o desenvolvimento da prática gerencial. No entanto, há necessidade de identificar se esse aprendizado se direciona a provocar mudanças nessa prática, ou seja, tomá-la como instrumento de reorganização do processo de trabalho em saúde. Nessa perspectiva, o processo de aprendizagem pode possibilitar a capacidade de identificar lacunas existentes de conhecimento e favorecer sua produção e incorporação às práticas de atenção à saúde.

O aprendizado da prática gerencial implica, portanto, o desenvolvimento de competências para que esses profissionais possam exercer as dimensões do poder, apontadas por Testa (1992): poder técnico, político e administrativo.

Vale ressaltar que esse processo de aprendizado se dá em muitas dimensões, como, por exemplo, na utilização das ferramentas existentes na Saúde da Família, como o SIAB, na compreensão do significado dos dados gerados na unidade de saúde, na articulação do trabalho da USF com as diferentes instâncias da rede de atenção, no trabalho da equipe e sua apreensão sobre as questões que se fazem presentes na produção de cuidados.

Nós estamos fazendo um exercício, para que isso ocorra, porque isso vai reincidir no preenchimento dos dados do SIAB, que muitas das vezes podem sabe, você pode tá preenchendo aquilo ali por preencher . Não. Pouco provável, nós estamos insistindo bastante nisso inclusive, “gente estes são os indicadores que o governo federal vai mandar dinheiro pra gente comprar remédio pro hipertenso e pro diabético”. A partir daí, então elas entendem um pouco que a questão da farmácia está atrelada, que a questão terapêutica, que precisa também fazer caminhada, atividade física, dieta e coisa e tal, então a gente tá fazendo este exercício agora. [...] A idéia é que isso aconteça, nós estamos tentando buscar essas informações e trazer e explicar, por exemplo, que localmente é diferente do município, por exemplo, o nosso índice de papanicolau é maravilhoso. Da nossa unidade. Isso, até pra elas entenderem quais os dados que nós avançamos e quais os outros que nós ainda precisamos avançar (Med1, USFA).

Esse profissional fala que está refletindo sobre a necessidade de considerar o trabalhador de saúde na organização do processo de trabalho, pois para a

produção de cuidados faz-se necessário que a equipe esteja motivada, estimulada: “[...] E eu fiquei pensando que **enquanto gestor da unidade eu, gestão colegiada, o médico, a dentista, a enfermeira, será que nós estamos nos lembrando** e eu fiz até uma reflexão com elas. Eu falei olha o papel que eu recebi, **que se eu quero que o cliente tenha um bom atendimento, eu preciso dar uma atenção aos funcionários [...]**” (Med1, USFA).

Para esse trabalhador a falta de motivação dos ACSs é um desafio que está colocado. Pensa na possibilidade do uso da ciência do comportamento de Skinner, a qual defende o reforço positivo, como alternativa ao estímulo para o trabalho na USF. Menciona uma experiência em uma casa de detenção para menores infratores nos Estados Unidos que atua nesta perspectiva e que está sendo eficaz. Na USF, tentou a implantação de experiência similar, propondo à equipe que realizasse grupos de orientação/operativos, a oportunidade de trabalhar no período noturno, como prêmio, pois haveria possibilidade de retirar horas no período diurno para que as trabalhadoras pudessem ter tempo disponível para suas atividades particulares, como por exemplo, ir ao banco.

A equipe, particularmente as ACSs, não concordou, pois referiu que o prêmio imprimiria concorrência entre elas, o que não deveria existir, uma vez que o que demarcaria suas relações no trabalho seria a cooperação. Esse trabalhador acaba por concluir que a motivação poderia não estar vinculada a prêmios e sim a elogios durante o desenvolvimento do trabalho em saúde a fim de fixar junto à equipe, aquilo que estaria sendo eficaz. Contudo, considera que primeiro seria preciso “vender” a proposta para a dentista e para a enfermeira, para depois ela ser passada para os demais profissionais da equipe.

Parece que o médico não está considerando o trabalhador de saúde como um sujeito que está se constituindo nesse processo, conforme aponta Campos (2000, p. 13): “o desafio colocado é se a gestão e o planejamento assumissem,

explicitamente, como tarefa, trabalhar não somente a produção de coisas, mas também a constituição de pessoas e de coletivos organizados”, recuperando dessa forma a vontade e o desejo do trabalhador para a produção de cuidados em saúde. Sem dúvida, é questão importante colocada para a gestão/gerência, e que abre brechas para a ressignificação do trabalho em equipe.

[...] eu aprendi uma coisa muito interessante, ontem, que pra mim caiu um papel dizendo assim, falava assim o papel: **‘O cliente não é o primeiro, o mais importante do processo, antes do cliente, precisamos tratar bem o nosso funcionário, porque se você tratar bem o seu funcionário, ele vai tratar bem o seu cliente’**. Essa coisa me marcou tanto, porque muitas das vezes você dá um atendimento ao seu cliente de uma forma perfeita, que você acha que você tem um aluno ali, que você faz acadêmico, que você examina tudo, que você trabalha coisa e tal [...] (Med1, USFA).

Nessa fala, o médico reitera a instituição de seu processo como um trabalhador de saúde que possui a responsabilidade pela organização do processo de trabalho para a produção do cuidado na USF e instiga um olhar para a responsabilidade da equipe, colocando em cena a perspectiva de sujeitos e da reconstrução das relações de poder entre a equipe de saúde.

Nessa direção, Campos (2000, p. 14) refere que o exercício do co-governo depende da produção simultânea de espaços coletivos que cumpririam três funções básicas:

- uma clássica, de administrar e planejar processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso;
- outra de caráter político, a co-gestão como uma forma de alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições;
- e ainda uma pedagógica e terapêutica, que se voltaria à capacidade que os processos de gestão têm de influir sobre a constituição de sujeitos.

Campos (1997) ainda contribui com essa discussão ao apresentar os conceitos de núcleo e campo de competência e responsabilidade, definindo núcleo de competência e responsabilidade como um conjunto de saberes e

responsabilidades específicos a cada profissional, e campo como o conjunto de saberes e responsabilidades comuns e confluentes aos vários profissionais ou especialidades, em sua prática.

Esses conceitos se articulam à discussão da produção de sujeitos, uma vez que a Saúde da Família coloca para a gestão colegiada o desafio da construção de um campo comum de atuação, visando a superar o trabalho fragmentado, trazendo para as várias categorias profissionais a tarefa de necessariamente trabalhar em conjunto. Nessa tarefa, há espaço para a aplicação do núcleo de competência e responsabilidade em diferentes situações, mas sem dúvida aponta para a construção do campo de competência e responsabilidade para a Saúde da Família, visto que o trabalho na atenção básica é marcado por situações complexas que requerem uma abordagem interdisciplinar.

Este campo vai sendo criado a partir da intersecção dos conhecimentos, habilidades e atitudes de cada grupo profissional, com o objetivo de responder às necessidades de saúde da população, visando à qualidade de vida, assim como do processo de organização e gestão desse cuidado, da formação da equipe e dos processos de participação e controle social (CAMPOS, 1997; MERHY, 2002; ANDRADE et al, 2004; CECCIM; FUERWERKER, 2004).

Esses autores continuam alertando que, enquanto os trabalhadores não construírem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um 'campo de produção de cuidado', comum à maioria dos trabalhadores, não se pode dizer que há trabalho em equipe.

Esse trabalho em equipe é fundamental na produção em saúde, pois a unidade produtora da ação não é um profissional isolado, e a sua construção requer articulação das ações, conhecimentos e, de forma decisiva, a interação

dos trabalhadores. Esse último aspecto é o mais complexo, pois não está normatizado a priori, requer disponibilidade de rever a rede de poderes instituída, compromisso ético e respeito com o outro, com cada um e com todos da equipe e acima de tudo com os usuários (ANDRADE et al, 2004).

Desafio posto para o trabalho gerencial. Desafio de trazer para o cotidiano do trabalho em saúde a reflexão e ação acerca das diferenças técnicas e da desigualdade na valoração social dos trabalhos especializados, devendo ser observado que, nas situações de trabalho coletivo em que há menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e os respectivos agentes, ocorre maior integração na equipe, existindo maiores possibilidades de os trabalhadores interagirem livres de coação e de submissão, na busca de consensos acerca da finalidade e do modo de executar o trabalho (PEDUZZI, 2001).

Questões presentes no trabalho nas USFs, mas ainda com poucas aproximações na direção indicada. Identificamos que há dificuldade de operar nas USFs investigadas, considerando o trabalho gerencial como “potente ferramenta de ação para a construção de subjetividades singulares no processo de trabalho em saúde” (MISHIMA, 2003, p.29). A fala da dentista da USFB expressa essa dificuldade:

Então **eles têm que fazer corretamente**, e se tem reclamação, lá na frente, o paciente reclama aqui na cadeira o paciente reclama, nas visitas domiciliares, o paciente reclama, entendeu? Então **eu tenho que cobrar deles, é minha função também cobrar**. Por que **eu acho que é a equipe de nível superior que é, como que fala, temos que gerenciar, como fala gestão colegiada** (Den2, USFB).

Parece-nos, assim, que ainda é pouco presente a concepção e ações do processo gerencial tomado como um instrumento com potência para desencadear no conjunto dos trabalhadores, um processo de reflexão e revisão de sua prática

que encaminhe para a adesão e comprometimento a um processo de produção de cuidados à saúde na direção proposta pela Saúde da Família.

Nesse sentido, a gestão/gerência colegiada está sendo considerada de forma restrita, ou seja, ainda é marcada por um forte componente de controle das atividades desenvolvidas e realizada majoritariamente pelos trabalhadores universitários. Ainda, não se faz presente a perspectiva de apreendê-la com “[...] potência de recriar o trabalho pela ação específica dos trabalhadores de saúde na direção de uma ação que se volte à defesa do usuário que busca a atenção à saúde às equipes de Saúde da Família” (MISHIMA, 2003, p.29).

5. POR UMA SÍNTESE PROVISÓRIA

Esse estudo teve por objeto de investigação o processo gerencial desenvolvido na atenção básica, em específico nas Unidades de Saúde da Família (USF), do município de Marília – SP, Brasil. A Saúde da Família tem se constituído em estratégia para a reorganização da atenção básica e da produção em saúde, proposta a partir de 1994 pelo governo brasileiro e sustentada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Um dos desafios nesse processo é o de buscar o comprometimento dos trabalhadores de saúde, assim como o de estabelecer instrumentos, como, por exemplo, a gerência de serviços de saúde, para a reorganização do processo de trabalho, que possibilitem o atendimento das necessidades de saúde da população, e a ação de saúde voltada para a produção de cuidados.

De acordo com Marília (2002), o modelo de atenção à saúde proposto para o município vem sendo reorientado pela SMHS no sentido de uma transformação progressiva para a Saúde da Família. Nessa perspectiva, a integração dos diferentes serviços que compõem a Rede de Atenção Básica vem sendo aprimorada por meio de diversas estratégias. Cabe destacar, neste momento, aquela que diz respeito ao trabalho gerencial; “a qual consiste em fortalecer o modelo de gerência, modelo este que seja participativo e descentralizado, que promova autonomia, comunicação lateral, conformando uma rede de responsabilidade e compromisso, através de reuniões periódicas pela equipe” (MARÍLIA, 2002, p. 10).

O pressuposto colocado para a presente investigação, apontou que o exercício da gerência nas Unidades de Saúde da Família no município, não estava permitindo adesão e compromisso dos trabalhadores de saúde; havendo

uma dificuldade desses trabalhadores se reconhecerem no trabalho, e no processo de construção de um projeto ético-político e assistencial na direção do SUS. Nesse cenário, o trabalho poderia tornar-se penoso, não prazeroso para a equipe de saúde; onde a autonomia e liberdade desses trabalhadores poderiam estar tolhidas.

No processo de trabalho empreendido na Saúde da Família, num espaço/tempo determinados – município de Marília – SP – Brasil – verificamos que os trabalhadores de saúde, sujeitos dessa investigação, expressam o processo saúde-doença de maneira multifatorial, indicando que os usuários procuram o serviço para resolver problemas de saúde relacionados às diferentes dimensões desse processo, ou seja, biológica, psicológica e social. Portanto, a concepção de saúde/doença preponderante nas falas parece desarticular o processo viver/adoecer da produção social conforme apontado nas políticas de saúde hoje no Brasil.

Os trabalhadores, contudo, apontam estar desenvolvendo o trabalho visando o enfrentamento dos problemas de saúde na perspectiva de construção do vínculo, da escuta ampliada, da preocupação e do zelo com o usuário. Acreditamos que a organização do processo de trabalho da USF – população adscrita em um território, foco na família, acessibilidade geográfica, organizacional, sócio-cultural – pode permitir que os usuários revelem as suas necessidades de saúde, desde que os trabalhadores possam estar abertos a traduzi-las para orientar o seu trabalho cotidiano. Dessa forma, consideramos que a equipe de saúde está se abrindo a fazer uma melhor escuta das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço, apresentadas ou ‘travestidas’ em alguma(s) demanda(s)

específica(s). É um caminho para a integralidade da atenção no espaço singular do serviço de saúde.

Dentre as ações presentes e as tecnologias utilizadas no processo de trabalho em saúde, são valorizados os grupos de orientação, bem como os grupos operativos, considerando-os como instrumentos para operar a mudança na prática em saúde. Percebemos que a intenção dessas ações de saúde tem a marca da promoção e proteção à saúde, a partir de uma perspectiva multicausal, onde essas estariam voltadas para a prevenção primária, na concepção trazida por Clark e Leavel (1977) do processo saúde-doença. Assim, essa ferramenta parece se voltar à preocupação em mudar o modo de vida das pessoas, desconsiderando o sujeito como protagonista de sua vida, ou seja, descontextualiza esse usuário de seu modo de se produzir e se reproduzir como um homem de necessidades singulares. Nesse sentido, é importante que se faça presente um esforço para a ressignificação na prática cotidiana dos serviços de Saúde da Família, da concepção e das ações de promoção e prevenção, de modo a favorecer que os trabalhadores de saúde e usuários se voltem para sua constituição enquanto sujeitos da ação.

Assim, podemos observar que há um processo de mudança em curso sem, no entanto, operar uma mudança significativa na Composição Técnica do Trabalho (CTT), ou seja, a razão entre 'trabalho vivo' e 'trabalho morto', no núcleo do cuidado, que permanece sob hegemonia do segundo, revelando que não há uma alteração estrutural no modo de produzir saúde (MERHY, FRANCO; 2003).

Concordamos com Ceccim (2004/2005), quando esse refere que a prática em saúde está demarcada por saberes tradicionais das culturas, ou por produção de sentidos ligada ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida nas lógicas

distintas do modelo racional vigente. Nessa perspectiva, a prática de saúde apresenta limites para lidar com a complexidade das necessidades de saúde dos usuários.

Parece que no movimento presente na Saúde da Família, ainda o processo de participação social estão se constituindo, pois, de um lado, a população faz valer seus direitos, mas o processo de trabalhar em conjunto, para que se construa outro modo de produzir saúde, não se tem dado. Por outro lado, parece que os trabalhadores não estão compreendendo a finalidade desse espaço coletivo, como sendo um momento em que a população pode organizar-se e contar com apoio dos trabalhadores de saúde, para construção de um saber, desmistificando o saber dominante, a fim de operar as forças destinadas a transformar suas condições de existência, na perspectiva de satisfazer suas necessidades de saúde, conforme concebe BAREMBLIT (1994).

Embora os grupos desenvolvidos sejam espaços para a organização do cuidado em suas distintas dimensões (individual, coletivo, organização do trabalho), parece-nos que, no caso da “reunião de equipe”, essa se volta mais para a organização do cuidado individual em detrimento do cuidado coletivo e da organização do processo de trabalho em saúde. Portanto, apresenta limites para ser considerada um espaço com potência para desencadear no conjunto dos trabalhadores um processo de reflexão e revisão de sua prática que encaminhe para a adesão e comprometimento a um processo de produção de cuidados à saúde que se volte à defesa da vida do usuário.

Nessa perspectiva Ceccim (2004/2005), afirma que a formação profissional habilita trabalhadores para determinado ofício, mas ela não assegura a qualificação permanente para o enfrentamento da inovação tecnológica, superação de paradigmas ou perspectivas, novas descobertas, a

multidimensionalidade das necessidades individuais e coletivas de saúde ou a abertura para novos perfis de atuação sócio-institucional.

Podemos apontar que a gerência das unidades de saúde parece aproximar-se do exercício dos poderes técnico e administrativo, mas, ao mesmo tempo, não faz o movimento do exercício do poder político na condução da unidade de saúde, a fim de conformar uma direcionalidade para a construção de um modo de produzir a atenção pautada por critérios que encaminhem para a autonomia do usuário, da equidade e integralidade da atenção. Nesse sentido Campos (2000), refere que a abordagem clássica do pensamento administrativo, proposta por Frederick Winslow Taylor e fundadora de um modo governar, em seus princípios gerais, ainda não foi superada.

Apesar da lógica da racionalidade científica estar colocada para o trabalho nas USFs investigadas, existem brechas para o acolhimento pela gerência de questões que estão colocadas na dimensão comunicativa, política e de desenvolvimento da cidadania, e que podem qualificar o trabalho realizado na unidade de saúde, bem como poderiam permitir a implementação da gestão/gerência colegiada na USF. Ou seja, organizar o trabalho em saúde na perspectiva de construir subjetividades singulares nesse processo, com a potência de recriá-lo pela ação específica dos trabalhadores de saúde na direção de uma prática que se volte à defesa do usuário, que busca a atenção à saúde junto às equipes de Saúde da Família.

Para tanto, apostamos na Estratégia de Educação Permanente na perspectiva trazida por Ceccim (2004/2005), em que os serviços de saúde deveriam se movimentar na direção de incorporar tecnologias e referenciais para o trabalho coletivo e participativo; estabelecer espaços coletivos de discussão; mobilizar esforços para a análise e reflexão permanentes da prática de trabalho

cotidiana, de modo a permitir processos de mudança institucional na direção de “coletivos organizados para a produção”.

Compreendemos, e consideramos importante reiterar, que estabelecer “coletivos organizados para a produção” implica em movimentos de exercício de poder e do estabelecimento de projetos que busquem transformar a prática cotidiana.

Não é tarefa simples e fácil, pois implica em movimentos de autogestão e auto-análise pelos coletivos. Barembilte (1994) aponta que os objetivos últimos do institucionalismo – auto-análise e autogestão, não sejam atingidos nunca de forma definitiva, mas na base da tentativa, do ensaio, da procura. Nesse sentido, acreditamos que as equipes de saúde das USFs investigadas estão tentando, ensaiando, procurando ...

6. REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Participação social na saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro. IMS/UERJ; ABRASCO, 2005. p. 293-303.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D.; HARZHEIM, E. A. Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B. B; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap. 7, p. 88.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, mar./abr. 2007.
- AROUCA, A. S. S. Democracia é saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1987. p. 35-42.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.
- BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.
- BERTUSSI, D. C.; ALMEIDA, M. J. A influência de um projeto de intervenção no campo de recursos humanos em saúde: Projeto GERUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 105-136.
- BERTUSSI, D. C.; MISHIMA, S. M. O desenvolvimento gerencial como intervenção estruturante da atenção básica de saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 40-46, abr./jun. 2003. Texto elaborado a partir da Oficina de Trabalho nº. 18, realizada durante o 5º Congresso Nacional da Rede Unida; 1º Congresso Nacional de Redes em Saúde; 2ª Amostra Paranaense de Saúde da Família, 2003, em Londrina.
- BRASIL. Constituição (1988). Da ordem social. In: _____. **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. p. 131-137.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Secretaria da Assistência à Saúde**: relatório de gestão – 1998/2001. 2. ed. Brasília, 2002a (Série C: projetos, programas e relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2. ed. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, 2000. (Cadernos de atenção básica: Programa Saúde da Família; Caderno 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**. síntese dos principais resultados. Brasília, 2002b.

BRASIL. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2006.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Conferência Nacional de Saúde On-line, na sequência da 10ª Conferência Nacional de Saúde, tema: Norma Operacional Basca 01/96. [S.l.], 1997 Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>>. Acesso em: 6 abr. 2006.

CAMARGO-BORGES, C. **O construcionismo social no contexto da Estratégia Saúde da Família**: articulando saberes e práticas. 2007. 207 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. o caso da saúde. In: CECILIO, L. C.

O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. cap. 1, p. 29-87. (Saúde em debate, 73).

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, mar./abr. 2007.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 229-266.

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

CASTANHEIRA, E. R. L. A gerência na prática programática. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 222-233. (Saúde em Debate, 96).

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n.16, p. 161-177, set.2004/fev.2005.

CECCIM, R. B. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 9-36, 2002. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/img2/v16n1_03inovacao.pdf>. acesso em: 30 out. 2007.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO; 2001. p. 113-126.

CLARK, E. G.; LEAVELL, H. R. Níveis de aplicação da medicina preventiva. In:

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGrawHill do Brasil, 1976. cap.2, p. 11-36

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petropolis: Vozes, 2004. cap. 3. p. 51-66.

DECLARAÇÃO de Alma Ata: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde: Alma Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede dos Megapaíses, Declaração do México**. Brasília, 2001. p. 15-17.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.).

Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195-223.

DORNELLES, S.; LOCKS, M. T. Controle social: de quem? para o quê? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 348-357, set./dez. 2003.

FERREIRA, J. B. B. **Avaliação do complexo regulador do sistema público municipal de serviços de saúde**. 2007. 227 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

FORTUNA, C. M. **O trabalho em equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades. em busca do desejo, do devir e de singularidades**. 1999. 236 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. cap. 2, p. 37-54. (Saúde em debate, 155)

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial.

In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. cap. 3, p. 55-124. (Saúde em debate, 155)

FRACOLLI, L. A.; EGRY, E. Y. Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 13-18, set. 2001.

FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepção da equipe de Saúde da Família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 547-554, jul./ago. 2005.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 20-31, maio/ago. 2004.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

KAWATA, L. S. **Os atributos mobilizados pela enfermagem na Saúde da Família** - uma aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. 2007. 137 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007

KISIL, M. Uma estratégia para a reforma sanitária: a iniciativa UNI. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 12, p. 5-14, jul. 1996.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-318, 2001.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Direito à saúde e a integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do ministério público. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro. IMS/UERJ; ABRASCO, 2005. p. 47-63.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e

as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar./abr. 2007.

MALTA, D. C.; FERREIRA, L. M.; REIS, A. T.; MERHY, E. E. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C.; REIS, A. T.; SANTOS, A. F.; MERHY, E. E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 121-142.

MARILIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. **Relatório de gestão 2002**. Marília, 2002.

MARILIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. **Relatório de gestão 2003**. Marília, 2003.

MARILIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. **Relatório de gestão 2004**. Marília, 2004.

MARILIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. **Relatório de gestão 2005**. Marília, 2005.

MARILIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. **Relatório de gestão 2006**. Marília, 2006.

MATSUMOTO, N. F. **A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde**. 1999. 201 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999

MATTOS, R. A. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2005. p. 33-46.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua

produção em unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. 226 f.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 233-241, jan./fev. 2001.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde-CEFOR, 1992. (Cadernos CEFOR: Série textos, 1).

MENDES GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C.; REIS, A. T.; SANTOS, A. F.; MERHY, E. E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MERHY, E. E. As práticas sanitárias e as relações sociais capitalistas. In: _____. **O capitalismo e a saúde pública**: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. 2. ed. Campinas: Papirus, 1987. cap. 1, 17-45.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em debate, 145).

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA-FILHO, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as

conferências de saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 33, p. 83-89, dez. 1991.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 118-122, jan./abr. 2002.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. cap. 1, p. 9-29.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996.

MISHIMA, S. M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde: o caso do Programa de Saúde da Família**. 2003. 153 f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MISHIMA, S. M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. 1995. 355 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B.; FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde?: alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 137-156.

MISHIMA, S. M.; VILLA, T. C. S.; SILVA, E. M.; GOMES, E. L. R.; ANSELMINI, M. L.; PINTO, I. C.; ALMEIDA, M. C. P. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. cap. 8, p. 251-296.

MOTTA, J. I. J.; RIBEIRO, E. C. O.; WANZELER, M. C. C.; BARRETO, C. M. G.; CANDAL, S. Educação permanente em saúde. **Olho Mágico**. Londrina, v. 9, n. 1, p. 68-73, jan./abr. 2002. Relatório final da Oficina de Trabalho realizada durante o

4º Congresso Nacional da Rede Unida, 2001.

NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. I. C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov./dez, 2002.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia: atualização. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO; 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2003. p. 7-34.

REZENDE, K. T. A. **O ensino de enfermagem no contexto UNI-Marília: desvelando os pressupostos ideológicos da prática docente**. 1998. 117 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

SANTOS, R. V. O processo histórico-social do trabalho e sua repercussão sobre a saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 36, p. 51-57, out. 1992.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHEIRA, E. R. L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1821-1828, nov./dez, 2005.

SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na

construção da integralidade na reforma do setor saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 234-242, set./dez. 2003.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 11-22.

STOTZ, E. N. **Necessidade de saúde**: mediações de um conceito (contribuição das ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). 1991. 765 f. Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

TAKEDA, S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 6, p. 76-87.

TEIXEIRA, S. M. F. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 78-99, fev./abr. 1990.

TESTA, M. Tendências em planejamento. In: _____. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 89-128.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. **Participação popular e saúde**. Petrópolis: Centro de Defesa dos Direitos Humanos de Petrópolis – CDDH; Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina - CEPEL; 1989.

VASCONCELOS, E. M. A medicina como deseducadora. In: _____. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 27-31.

VASCONCELLOS, M. P. C. Reflexões sobre a saúde da família. In: MENDES, E. V. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. cap.6, p.155-172.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro - Entrevista

Temas a serem abordados	Questões disparadoras da entrevista
1. Inserção no Trabalho e representação sobre a estratégia de Saúde da Família <ul style="list-style-type: none"> - Opção pelo trabalho na Saúde da Família - Compreensão sobre a estratégia - Conteúdo - Modo de realização - Instrumentos /ferramentas de trabalho (saberes –equipamentos) - Finalidades 	<p>Como foi sua inserção na SF?</p> <p>O que levou você a fazer a opção em trabalhar na SF?</p> <p>O que você precisa para trabalhar na SF?</p> <p>O que você acha do trabalho na SF?</p> <p>Para que serve o trabalho na SF?</p>
2. Representação do próprio trabalho na Saúde da Família <ul style="list-style-type: none"> - Conteúdo - Modo de realização - Instrumentos de trabalho disponíveis - Horários de realização - Relações que estabelece para o seu desenvolvimento - Finalidades 	<p>Quais as atividades você desenvolve na SF?</p> <p>O que você acha do seu trabalho na SF?</p> <p>Para que serve o seu trabalho na SF?</p> <p>O seu trabalho depende do trabalho de outras pessoas?</p> <p>O trabalho de outras pessoas depende de seu trabalho? Você poderia dar exemplos?</p>
3. Organização do trabalho na USF <ul style="list-style-type: none"> - Características da população usuária <ul style="list-style-type: none"> - condições de vida - escolaridade - renda - morbidade - Demanda que chega a Unidade de Saúde da Família - Acesso da população ao atendimento na SF - Definição de prioridades - Definição de objetivos e metas de trabalho - Cumprimento de metas e objetivos 	<p>O que você acha que a população espera da unidade de Saúde da Família?</p> <p>Quais os motivos que fazem o usuário procurar a SF? O que você acha deste motivo de procura?</p> <p>Cite os problemas mais comuns referidos pelas pessoas que procuram o serviço. E o que você acha desta demanda, desta procura?</p> <p>O que a equipe desta unidade oferece para a população de sua área de abrangência?</p> <p>São definidas prioridades para o trabalho? Como?</p> <p>São estabelecidos objetivos e metas para o trabalho de assistência prestado pela SF? Como?</p> <p>A população participa da forma que o serviço é organizado?</p>
4. Descrição dos recursos utilizados para o desenvolvimento do trabalho. <ul style="list-style-type: none"> - Estratégias utilizadas para comunicação <ul style="list-style-type: none"> - extrainstitucional 	<p>Como acontece a comunicação entre os trabalhadores da equipe?</p> <p>Quando você ou a equipe precisa se comunicar com outro serviço de saúde, ou uma outra instituição, como isto acontece?</p> <p>Como é a articulação da equipe com outros</p>

<ul style="list-style-type: none"> - institucional - registro e fluxo para outros níveis - interna na Unidade de Saúde da Família (fluxo de informações com a clientela, definição de normas e rotinas, funções e atribuições da equipe) - Articulação do trabalho com outros níveis de atenção - Coordenação do trabalho na SF - Existência de espaços coletivos para organização do trabalho - Sistema de Informação como ferramenta para o planejamento das ações da equipe - Organização da referência e contra-referência 	<p>níveis da Secretaria da Saúde ou outros serviços?</p> <p>Tem alguém que coordena o trabalho da equipe?</p> <p>Na ocorrência de problemas no trabalho (na unidade, no domicílio, com relação a pacientes, outros trabalhadores, serviços de saúde, equipamentos sociais) a quem recorre? Conte um pouco mais. De exemplo.</p> <p>Quais são os problemas mais comuns no dia a dia?</p> <p>Quem são os responsáveis pelo enfrentamento dos problemas? Como os problemas são enfrentados?</p> <p>Há espaços para reuniões, discussões sobre o trabalho, sobre a situação de famílias, definição de objetivos e metas para o trabalho, planejamento e avaliação do trabalho? Há participação da comunidade nas decisões?</p> <p>O que se discute nas reuniões? Quem coordena? E feito rodízio de quem coordena?</p> <p>Os dados do SIAB são trabalhados pela equipe? Como? Estes dados ajudam a organizar o trabalho?</p>
<p>5. Avaliação do trabalho na USF</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organização do processo de trabalho - Condições gerais de trabalho - Recursos disponíveis - Dificuldades no ambiente de trabalho –em relação a clientela atendida - Dificuldades com a equipe de trabalho, com outros serviços de saúde ou equipamentos sociais - Sugestões 	<p>Quem avalia o trabalho realizado pela equipe?</p> <p>Se houver necessidade de corrigir alguma coisa no trabalho realizado por um trabalhador ou pela equipe, quem faz esta correção? A equipe discute isto?</p> <p>Você tem sugestões para melhorar o trabalho que aqui na Unidade de Saúde da Família?</p>
<p>6. Espaço para livre expressão.</p>	<p>Você gostaria de dizer alguma coisa que não tenha sido perguntado?</p>

Instrumento adaptado do estudo de MISHIMA, S. M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para reorganização da assistência a saúde** – o caso do Programa de Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2003. Tese [livre-docência] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Informado para Entrevistas

Prezado(a)Sr(a): _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa **“Gerência compartilhada: limites e/ou possibilidades em sua construção”**, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Este estudo tem por objetivo geral compreender o processo de trabalho gerencial nas Unidades de Saúde de Família, no município de Marília-SP.

Assim, gostaríamos de contar com a sua participação na realização da entrevista a ser realizada com os trabalhadores que atuam na equipes de Saúde da Família no município de Marília. A entrevista será gravada em fitas eletromagnéticas e, posteriormente, transcrita, estando ciente de que essas informações serão utilizadas apenas para fins da presente pesquisa.

Sua colaboração será muito importante para a realização deste projeto. As informações/ opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes; ainda a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento.

As entrevistas serão identificadas por códigos sendo no conjunto da análise sua entrevista não será identificada nominalmente. As fitas eletromagnéticas serão destruídas ou entregues a vocês após o término da investigação.

Agradecendo sua colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação que julgar necessária, e aguardamos o mais prontamente possível sua confirmação quanto à participação nesta pesquisa, para que possamos agendar a realização da entrevista.

Atenciosamente.

Dr^a Silvana Martins Mishima

Professor Associado junto ao
Departamento de Enfermagem Materno
Infantil e Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Orientadora

Av. Bandeirantes 3900 – Ribeirão Preto -
SP

smishima@eerp.usp.br

Telefone para contato: (16) 3602-3951

Kátia Terezinha Alves Rezende

Aluna do Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem em Saúde
Pública da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto – USP

Pesquisadora do Projeto
Rua dos Brilhantes n.30 – Marília -
SP

katia@famema.br

Telefone para contato: (14) 3422-5576

Eu, _____, aceito participar da entrevista da pesquisa **“Gerência compartilhada: limites e/ou possibilidades em sua construção”**, em data local marcados antecipadamente, e estou ciente de que a entrevista terá seus resultados tratados sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade para a retirada deste consentimento.

_____, _____ de _____ de 2006.

Assinatura

ANEXO**ANEXO I** **FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

Marília, 29 de Agosto de 2006

Ilmo^(a) Sr.^(a)

Prof^a Kátia Terezinha Alves Rezende
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 304/06, intitulado: “Gerência Compartilhada: Limites e/ou Possibilidades em Sua Construção”, considerou **APROVADO** em Reunião Ordinária – 28/08/2006, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, podendo ser iniciado.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rubens Augusto Brazil Silvado
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos