UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

"Vivência profissional e conhecimento especializado: um estudo sobre a apropriação da prática por profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família"

v.1

Joana Filipa Afonso Monteiro

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO – SP

2011

JOANA FILIPA AFONSO MONTEIRO

“Vivência profissional e conhecimento especializado: um estudo sobre a apropriação da prática por profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família”

v.1

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de Concentração: Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Marco Antonio de Castro Figueiredo.

RIBEIRÃO PRETO – SP

2011

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.

Monteiro, Joana Filipa Afonso
Vivência profissional e conhecimento especializado: um estudo sobre a apropriação da prática por profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família
278 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP Área de concentração: Psicologia
Orientador: Figueiredo, Marco Antonio de Castro.

1. Estratégia de Saúde da Família. 2. Processo de Trabalho em Saúde. 3. Psicologia.

FOLHA DE APROVAÇÃO

MONTEIRO, Joana Filipa Afonso

Vivência profissional e conhecimento especializado: um estudo sobre a apropriação da prática por profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos participantes deste estudo que, dividiram comigo suas vivências e me ajudaram a construir esta Tese.

A vocês meu carinho e eterno agradecimento.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, *Amparo e Alberto*, por me auxiliarem, incondicionalmente, na dialética da vida instigando em mim o desejo da construção/reconstrução do conhecimento, da vida, do amor, das amizades...

Ao *Alessandro* que, na paz de seu sorriso, pacientemente, me suportou nos momentos de sofrimento e dúvida construindo comigo o amor. Além de, realizar a revisão desse trabalho e azulejar os meus dias.

Ao *Marquinho*, meu querido orientador, que nestes anos construiu comigo conhecimentos, amizade, carinho, enfim... Vida!

Às professoras, *Dra. Cármen Lúcia Cardoso* e *Dra. Silvana Martins Mishima*, que me ajudaram na construção desse trabalho com orientações valiosas na banca de qualificação. E neste momento, foram muito sensíveis e calmas diante meu não-saber.

A *Carol* e *Helô* pela amizade verdadeira, ajuda irrestrita e carinho que me dedicam há anos.

A *Ana Paula*, *Josi* , *Luciana* e *Sarah* que participaram dessa construção e das reconstruções da vida, cada uma ao seu modo, mas todas com carinho, prontidão e belos sorrisos.

A *Lícia* e *Valéria* pelo carinho e conhecimentos compartilhados.

A *César*, *Denise*, *Fabiana* e *Inês*, da Pós-graduação, por todas as gentilezas que me fizeram.

A *Anália* e *Izilda* pelos sorrisos que iniciavam o meu dia na faculdade.

Às minhas *Cecílias* que me ensinaram a lutar.

E, a todas pessoas que, mesmo não citadas, pois são muitas, me ajudaram nessa construção e reconstrução da vida. A vocês minha estima e obrigada!

Não sei se a vida é curta...
Não sei... Não sei...
Se a vida é curta ou longa demais para nós.
Mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
Se não tocarmos o coração das pessoas.
Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe, braço que envolve,
Palavra que conforta, silêncio que respeita,
Alegria que contagia, lágrima que corre,
Olhar que sacia, amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo:
É o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela não seja
Nem curta, nem longa demais,
Mas que seja intensa, verdadeira e pura...
Enquanto durar.
(Cora Coralina)[1]

[1] CORALINA, C.(Poema atribuído a Cora Coralina) In: Biografia e poemas. Poema: Não sei... Disponível em: <http://www.paralerepensar.com.br/coracoralina.htm#NÃO_SEI...>. Acesso em: 16 junho 2011.

RESUMO

MONTEIRO. J.F.A. Vivência Profissional e Conhecimento Especializado: um estudo sobre a apropriação da prática por profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família. 2011. 278p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

No transcurso da história, as práticas em saúde tiveram diversas configurações. Todavia, a partir da década de 70, sobretudo nos países ocidentais, a atuação embasada no modelo flexneriano passou a ser questionada por desvelar sua ineficácia, ineficiência e manutenção da desigualdade social. Assim, o Relatório Carnegie (1970) propõe a mudança de paradigma pautado em uma concepção positiva de saúde que contemple os determinantes psicossociais do adoecimento e cuidado. Convergentemente, o Movimento da Reforma Sanitária brasileira conquistou a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, e, em 1994, o Ministério da Saúde apresenta o Programa de Saúde da Família como ícone da política nacional de Atenção Primária à Saúde (APS) que, a partir de 2006, é concebido como Estratégia e tem como um de seus objetivos superar o modelo hegemônico médico-centrado, a partir, entre outras coisas, da organização dos processos de trabalho. Todavia, um dos obstáculos para operacionalização desta proposta consiste na dificuldade de mudanças das práticas em saúde, que perseveram na abordagem técnica, dificultando a apropriação do trabalho pela equipe. Visando compreender as relações estabelecidas entre prática profissional, apropriação do conhecimento informal e seu processo de incorporação no trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF), foram realizadas: entrevistas semiestruturadas (audiogravadas) e três grupos focais (audiogravados) com profissionais da saúde, além de observações participantes em um Núcleo da ESF, vinculado à Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (USP-RP). Os dados obtidos nas entrevistas, grupos e observações participantes foram analisados à luz de alguns princípios do materialismo histórico. Foi observado que o trabalho na ESF é marcado por contradições, pois sua concepção visa à superação do modelo biomédico mas, é determinado pela racionalidade da organização do trabalho, que é reforçada pela concepção reificada de conhecimento dos profissionais**.** A Competência Técnica, embora seja fetichizada pela equipe, é percebida como mutável, favorecendo a constante atualização profissional, que propicia a compreensão dos elementos psicossocias do cuidado a partir de uma lógica reificada. A apropriação da prática pelos profissionais oscila entre o estranhamento do trabalho e a atividade subjetivante, que permite a criação de estratégias de cuidado e organização do serviço, sendo o modo pelo qual os profissionais são avaliados gerador de sentimentos de menos-valia e expropriação, além de imobilizar a dinâmica subjetiva da inteligência. A concepção arraigada de conhecimento pelos profissionais propicia no interior da equipe o conflito derivado das relações de poder. Mas, mesmo diante destas dissonâncias, a reflexão conjunta do trabalho e dos conflitos vivenciados é um espaço fértil para a socialização e a integração do conhecimento informal, favorecendo a criação conjunta do conhecimento e práticas. Deste modo, considera-se que as gestões dos serviços devem valorizar e favorecer a criação e sistematização do conhecimento informal pelos profissionais, a autonomia das equipes em seu processo de construção do conhecimento e o auto-gerenciamento. A reflexão conjunta do trabalho, além de propiciar a criação do conhecimento, propicia aos profissionais a compreensão deste a partir da perspectiva processual em consenso com os objetivos que inspiraram a criação da ESF.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família; Processo de Trabalho em Saúde; Psicologia.

ABSTRACT

MONTEIRO. J.F.A. Professional Experience and Specialized Knowledge: a study on the appropriacy of practice by professionals who work with the Family Health Strategy. 2011. 278p. Thesis (Doctorate) - Faculdade de Filosofia Ciências e Letras from Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Health practices have had several configurations throughout history. However, from the 70's onwards, mainly in the western countries, action based on the flexnerian model became questionable due to the unveiling of its inefficacy, inefficiency and maintenance of social differences. Therefore, the Carnegie Report (1970) proposes a change in paradigm based on a positive conception of health which contemplates the psychosocial determinants of falling ill and healthcare. Convergently, the Brazilian Sanitary Reform Movement achieved the regulation of the Sistema Único de Saúde (SUS), in 1990 and, in 1994, the Ministry of Health presented the Family Health Program as an icon of the national policy of Primary Health Attention (Atenção Primária à Saúde - APS) which, since 2006, has been conceived as a Strategy and has as one of its objectives the overcoming of the hegemonic doctor-centered model through, among other things, the organization of the work processes. Nevertheless, one of the obstacles for the operationalization of this proposal consists of the difficulties to change health practices, which persevere in the technical approach, posing difficulties to the appropriacy of work by the team. Aiming at understanding the relationships established among professional practice, informal knowledge appropriacy and its process of incorporation to the Family Health Strategy (Estratégia de Saúde da Família – ESF), semi-structured interviews (audio recorded) and three focus groups (audio recorded) with healthcare professionals were carried out, besides participating observations in a ESF Nucleus, linked to the University of São Paulo, Ribeirão Preto (USP-RP). The data obtained in the interviews, groups and participating observations were analyzed in face of some principles of historic materialism. It was observed that the work at ESF is marked by contradictions, for its conception aims at the overcoming of the biomedical model, but it is determined by the rationality of the work organization, which is reinforced by the reified conception of the professionals' knowledge. The Technical Competence, although fetishized by the team, is perceived as mutable, favoring the constant professional updating, which fosters the understanding of the psychosocial elements of healthcare from a reified logic. The appropriacy of practice by professionals oscillates between the unfamiliarity of work and subjectivating activity, which allows for the creation of strategies of healthcare and organization of service, and the way through which professionals are evaluated generates feelings of worthlessness and expropriation, besides immobilizing the subjective dynamics of intelligence. The deep-rooted conception of knowledge by professionals propitiates the conflict derived from power relationships within the team. However, even in face of these dissonances, the joint reflection of work and conflicts experienced is a fertile ground for the socialization and integration of informal knowledge, favoring the joint creation of knowledge and practices. Thus, it is considered that the management of services must value and favor the creation and systematization of informal knowledge by the professionals, the autonomy of teams in their process of building knowledge and self-management. The joint reflection of work, besides propitiating the creation of knowledge, propitiates its understanding to the professionals, from the process perspective in consensus with the objectives that inspire the creation of the ESF.

Key words: Family Health Strategy; Healthcare Work Process; Psychology.

RESUMEN

MONTEIRO. J.F.A. Vivencia Profesional y Conocimiento Especializado: un estudio sobre la apropiación de la práctica por profesionales que actúanen la Estrategia de la Salud de la Familia. 2011. 278p. Tese (Doctorado) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de RibeirãoPreto, Universidade de São Paulo, RibeirãoPreto, 2011.

A lo largo de la historia, las prácticas de salud sufrieron configuraciones variadas. Sin embargo, desde la década de 70, especialmente en los países occidentales, la actuación con base en el modelo Flexnerianopasó por cuestionamientos con relación a su ineficacia, ineficiencia y manutención de la desigualdad social. Por lo tanto, el Informe Carnegie (1970) se propone a cambiar el paradigma pautado en una concepción positiva de la salud que contemple los determinantes psicosociales de la enfermedad y cuidado. De la misma manera, el Movimento da Reforma Sanitária Brasileña ganó la regulamentación del Sistema Único de Saúde (SUS), en 1990 y en 1994 el Ministério da Saúdeenseña su Programa de Saúde da Família como un icono de la política nacional de AtençãoPrimária à Saúde (APS) que, desde 2006, tiene como una Estrategia y uno de sus objetivos superar el modelo hegemónico centrado en el medico, empezando en la organización de los procesos de trabajo. Sin embargo, uno de los obstáculos para poner en marcha da la propuesta está en la dificultad en cambiar las prácticas de salud, centradas en el abordaje técnico, un problema para la adecuación del trabajo por el equipo. Con el objetivo de comprender las relaciones entre práctica profesional, adecuación del conocimiento informal y su proceso de incorporación en el trabajo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), se realizaron: entrevistas semiestructuradas (grabaciones de audio) y tres grupos focales (grabaciones de audio) con profesionales de la salud, además de observaciones en un Núcleo da ESF, vinculado a la Universidade de São Paulo, RibeirãoPreto (USP-RP). Los datos obtenidos en las entrevistas, grupos y observaciones fueron analizados con base en algunos principios del materialismo histórico. Se observó que el trabajo en ESF trae algunas contradicciones, pues su concepción visa la superación del modelo biomédico, pero se determina por la racionalidad de la organización del trabajo que se refuerza por la concepción cosificada del conocimiento de los profesionales. La Competencia Técnica, aunque fetichizada por el equipo, se cambia, ayudando la constante actualización del profesional y propiciando una comprensión de los elementos psicosociales del cuidado desde una lógica cosificada. La apropiación de la práctica por los profesionales oscila desde la extrañeza del trabajo hasta la actividad subjetiva causando el inicio de estrategias de cuidado y organización del servicio; el modo que los profesionales son clasificados causa un sentimiento de menos valor y expropiación, además de inmovilizar la dinámica subjetiva de la inteligencia. La concepción de raíces del conocimiento de los profesionales causa en el equipo un conflicto derivado de las relaciones de poder. Pero, aunque haya disparidades, la reflexión conjunta del trabajo y de los conflictos vivenciados es un espacio fértil para la socialización e integración del conocer informal, favoreciendo la creación conjunta del conocimiento y prácticas. Por lo tanto, las gestiones de los servicios han que valorar y favorecer la creación y sistematización del conocer informal por parte de los profesionales, la autonomía de los equipos en su proceso de construcción del conocimiento y auto gestión. La reflexión conjunta del trabajo, además de causar la creación del conocer, propicia a los profesionales su comprensióna partir de la perspectiva procesual en consenso con los objetivos que inspiraron la creación de la ESF.

Palabras-llave: Estrategia de Salud de la Familia; Proceso de Trabajo en Salud; Psicología.

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde.
ACS	Agente Comunitário de Saúde.
APS	Atenção Primária à Saúde.
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
EPS	Educação Permanente em Saúde.
EC	Educação Continuada.
ESF	Estratégia de Saúde da Família.
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.
FAEPA	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência.
G	Grupo
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde.
PSF	Programa de Saúde da Família.
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica.
SUS	Sistema Único de Saúde.
USP	Universidade de São Paulo.

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.

1. INTRODUÇÃO 29

1.1. Breves considerações sobre o trabalho e o trabalho na área da saúde no modo de produção capitalista 29

1.2. Breve histórico sobre cuidados aos enfermos e a evolução da ciência da saúde no ocidente 33

1.3. Considerações sobre a Atenção Primária à Saúde 46

1.4. A Estratégia de Saúde da Família e o trabalho em saúde 52

2. OBJETIVOS 65

3. BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS 69

3.1. Referencial Teórico 69
3.2. Características do local onde foi realizado o estudo 72
3.3. Procedimento 76
3.3.1. Observação Participante 76
3.3.2. Entrevistas 77
3.3.3. Grupos Focais 79
3.4. Tratamento dos Dados 82
3.4.1. Entrevistas 82
3.4.2. Grupos Focais 84
3.5. Participantes do Estudo 85
3.5.1. Entrevistas 85
3.5.2. Grupos Focais 86
3.6. Aspectos Éticos 88

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO 91

4.1. A Competência Técnica: fetichizada e mutável 91

4.2. Apropriação: do estranhamento a atividade subjetivante 104

4.3. Contraponto: possibilidade da mudança? 122

4.4. Equipe: possibilidade da mudança ou manutenção da dinâmica das relações sociais? 125

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 137

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 143

7. ANEXOS 153

8. APÊNDICES 159

Apêndice A – Primeira Síntese 159

Apêndice B - Segunda Síntese 171

Apêndice C – Categorias 179

Apêndice D – Transcrição Entrevistas 191

Apêndice E– Transcrição Grupos 239

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Uma série de trabalhos têm sido realizados com o intuito de discutir a organização das práticas em saúde e, entre os vários focos desta organização, a relação profissional-paciente, em que a estruturação do trabalho tem recebido um grande destaque. (CAMARGO-JUNIOR, 1992; CAMPOS, 2007; FIGUEIREDO, 1995, 2007; FRANCO; MERHY, 1999).

Segundo tais estudos, a organização do trabalho em saúde é pautada na especialização, em que o foco na doença impede o acesso às questões subjetivas do atendimento, perseverando na racionalidade técnica do saber especializado e reificando a relação terapêutica (CAMARGO JUNIOR, 1992). Neste processo, os profissionais de saúde adquirem uma visão parcelar dos procedimentos, destituídos de uma fonte de dados subjetivos para compreender os processos na sua totalidade tendo, por sua vez, a subjetividade negada no trabalho, (FIGUEIREDO, 1995). E, nessa organização, os profissionais tornam-se cumpridores de normas e protocolos, subordinados às regras administrativas, que regulam os elementos objetivados do trabalho, do qual não participam da concepção, se mantendo fiéis a protocolos especializados que alienam, aprisionando sua prática à racionalidade (CAMPOS, 2007; FIGUEIREDO, 1995, 2007).

No intuito de enfrentar tais questões, alguns autores (CAMPOS, 2007; FIGUEIREDO, 2007; FRANCO; MERHY, 1999) indicam a necessidade do enfoque em microprocessos do trabalho em saúde onde existem relações estabelecidas entre os profissionais e usuários do serviço, sejam na relação com seu próprio trabalho ou na forma particular com que cada profissional orienta seu trabalho, segundo sua experiência profissional.

Alguns estudos apontam para a necessidade de revitalização da subjetividade perdida no processo de trabalho em saúde, revitalização que deve estar na construção via socialização do conhecimento derivado da aprendizagem informal, enquanto saber. Tal apropriação deriva de uma concepção conjugada do trabalho, considerando seus diversos olhares: profissionais, usuários, cuidadores e agentes de saúde. (FRANCO; MERHY, 1999 FIGUEIREDO, 2007; CAMPOS, 2007; FRANCO; MERHY, 1999).

No Mestrado, onde foi estudado o processo de trabalho em HIV/Aids a partir da visão dos profissionais de saúde, observamos que a prática profissional vai além das normas e protocolos estabelecidos pela instituição à qual o profissional se insere. Existe um movimento

dialético entre trabalhador e trabalho realizado, no qual a partir da interação com a prática, há uma relação mútua entre sujeito e trabalho. Estas transformações têm desdobramentos, entre outros, sobre a aprendizagem informal que vai além das atividades técnicas, determinada pela relação estabelecida entre profissionais e entre estes e seus pacientes (FIGUEIREDO, 2007; MONTEIRO, 2006). A complexidade do tema abordado exigiu aprofundar a compreensão de elementos que determinam o saber nos processos informais e seus desdobramentos na práxis e no cotidiano do trabalho. O presente trabalho tem como objetivo aprofundar esta questão, partindo da perspectiva da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Tal escolha foi em virtude da estratégia, inicialmente, buscar superar os limites da saúde curativista centrado na doença, visando práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas (BRASIL, 2006), exigindo assim, uma organização diferenciada do trabalho em saúde tanto no que diz respeito às práticas especializadas como as relações estabelecidas entre os membros da equipe e entre estes e a população atendida.

No Brasil, os estudos sobre a ESF são diversificados e, algumas vezes, controversos (CRACO, 2006; FIGUEIREDO, 2007; FRANCO; MERHY, 1999; MISHIMA, 2003; PEREIRA, 2008; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004; TRAD et al, 2002; TRAD; ESPERIDIÃO, 2010). Uma das críticas, a operacionalização desta proposta, está na dificuldade de mudanças das práticas em saúde que são pautadas na racionalidade técnica. A fragmentação do trabalho em saúde sob o crivo da especialização desdobra-se em práticas profissionais que dificultam sua apropriação perseverando em procedimentos voltados para a racionalidade do atendimento em saúde.

Em trabalhos anteriores, verificamos que a atuação em saúde pautada na racionalidade do trabalho desconsidera a aprendizagem informal e conseqüente sua apropriação por parte dos profissionais. (MONTEIRO, 2006).

Desta forma, supõe-se que a compreensão da aprendizagem, originada na práxis, poderia subsidiar novas formas de atuação, em consenso com os objetivos que inspiraram a criação da ESF.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. Breves considerações sobre o trabalho e o trabalho na área da saúde no modo de produção capitalista.

O que diferencia a atividade de transformação da natureza realizada pelo homem à do animal é, segundo Marx (1983), a intencionalidade e o pensamento conceptual. Um outro aspecto que também faz esta diferenciação é a capacidade do homem dissociar e fragmentar o trabalho (FIGUEIREDO, 1995). O trabalho humano não se constitui instintivamente, mas sim, enquanto uma categoria originada das relações entre tecnologia e sociedade, ou seja, como categoria histórica (FIGUEIREDO, 1995).

A divisão do trabalho na sociedade remete aos primórdios da civilização não sendo portanto, exclusiva do modo de produção capitalista. No entanto, nenhuma organização social antes do capitalismo havia dividido o trabalho de forma tão sistemática em operações limitadas. Tendo nos estudos[2] realizados por Frederick Winslow Taylor, nas últimas décadas do século XIX, a síntese do processo de fragmentação do trabalho preconizado pelo modo de produção vigente. Seus estudos reorganizaram a produção através dos princípios que ficaram conhecidos como *"Princípios da Gerência Científica"*. Esta nova concepção de controle do trabalho consistiu na formulação da essência da alienação através da utilização de três princípios na organização do trabalho (BRAVERMAN, 1987; FIGUEIREDO, 1995):

- *Dissociação do processo de trabalho das especialidades dos trabalhadores*: o conhecimento sobre o trabalho, anteriormente do trabalhador, passa a ser reunido pelo administrador que o reduz a regras, leis e fórmulas;
- *Separação de concepção e execução:* a concepção do trabalho passa a não mais ser realizada pelo trabalhador e sim pela gerência, resumindo o trabalhador a um mero executor de tarefas regidas pela gerência;
- *Especialização do trabalhador:* ele se torna um exímio conhecedor de uma pequena parte do processo de produção sem, no entanto, possuir o conhecimento geral de todo o processo. A especialização, além de diminuir os custos da força de trabalho, permite o

[2] Os estudos de Taylor eram voltados para a organização dos processos de trabalho e do controle sobre ele e não ao desenvolvimento de tecnologia. E a aplicação universal do taylorismo ao trabalho foi realizada nas várias formas e estágios de desenvolvimento da tecnologia, independente da natureza da tecnologia empregada (BRAVERMAN, 1987).

planejamento e o controle estrito dos custos e execução da tarefa, bem como, a adaptação homem-máquina.

O trabalho sob esta organização é esvaziado de seu conteúdo tradicional e o profissional, cada vez mais, realiza um trabalho estranhado, onde não participa da concepção, mas apenas da execução. Assim, de acordo com Braverman (1987), se no passado ao realizar seu trabalho o trabalhador produzia conhecimentos técnicos/científicos, atualmente este se afasta da ciência, sendo a produção do conhecimento exclusiva da gerência. A este respeito, Codo (1987, p. 148) faz a seguinte consideração, *"O trabalho hoje, é trabalho alienado descolado do Homem que realiza, expropriado. É assim que a Psicologia o concebe, reeditando a produção como instância independente, estranha ao produtor"*.

Para Marx, o trabalhador, no modo de produção capitalista, ao colocar sua vida no objeto que produz, perde-a uma vez que esta passa a pertencer ao objeto. Assim, a exteriorização do trabalhador em seu produto significa que não só o seu trabalho se torna um objeto, uma existência exterior, mas também que esta última existe fora dele, independente de e alheia a ele. Desta maneira, *"Alienado do produto do seu trabalho, preenchido pela estranheza que ele lhe causa, já sem poder obter nenhum sentido ou significado sobre sua própria existência através do trabalho, conseqüentemente o homem se aliena de si"* (VÉRAS, 2003, p.08)

Discorrendo sobre a alienação, Marx (1989) comenta:

> ....alienação não se mostra apenas no resultado, mas no ato da produção, dentro da atividade produtiva mesma. Como o trabalhador poderia se defrontar alheio ao produto da sua atividade se no ato mesmo da produção ele não se alienasse de si mesmo? Pois o produto é só o resumo da atividade, da produção. Se por conseguinte o produto do trabalho é a exteriorização, então a produção mesma tem que ser a exteriorização ativa, a exteriorização da atividade, a atividade da exteriorização. Na alienação do objeto do trabalho só se resume a alienação, a exteriorização na atividade mesma do trabalho (MARX, 1989, p. 152-53).

O conceito de alienação, na atualidade, é considerado central na teoria marxista. Para Guimarães (1988), a alienação de si mesmo não é apenas uma entre outras formas de alienação, mas sua própria essência e estrutura básica

Questionando a constituição da alienação do trabalho, Marx (1970, p.94) chega às seguintes conclusões:

> Primeiramente o fato de o trabalho ser externo ao trabalhador, não fazer parte de sua natureza, e, por conseguinte, ele não se realizar em seu trabalho, mas negar a si mesmo, ter um sentimento de sofrimento em vez bem estar, não desenvolver livremente suas energias mentais e físicas, mas ficar fisicamente exausto e mentalmente deprimido. O trabalhador, portanto só se sente à vontade em seu tempo de folga, enquanto no trabalho se sente contrafeito. Seu trabalho não é voluntário, porém imposto, é trabalho forçado. Ele não é a satisfação de uma necessidade, mas

> apenas meios de satisfazer outras necessidades. Seu caráter alienado é claramente atestado pelo fato de, logo que não haja compulsão física ou outra qualquer, ser evitado como uma praga. O trabalho exteriorizado, trabalho em que o homem se aliena a si mesmo, é um trabalho de sacrifício próprio, de mortificação. Por fim, o caráter exteriorizado do trabalho para o trabalhador é demonstrado por não ser o trabalho dele mesmo mas para outrem, pelo fato de no trabalho ele não se pertencer a si mesmo mas sim a outra pessoa [...] Chegamos à conclusão de que o homem (o trabalhador) só se sente livremente ativo em suas funções animais – comer, beber e procriar, ou no máximo também em sua residência e no seu próprio embelezamento – enquanto em suas funções humanas se reduz a um animal. O animal se torna humano e o homem se torna animal.

Desta forma, vivendo em um mundo onde a fragmentação do trabalho determina as condições de vida e, com elas a construção do conhecimento em vários campos especializados do saber, as Instituições de ensino formam profissionais que, coerentes com esta lógica reificada, reproduzem um conhecimento de caráter paradigmático. A formação em saúde não ficou imune a tal fragmentação. Deste modo, o ensino e a atuação em saúde são voltados para aspectos técnicos do atendimento, compartimentados em especialidades no âmbito da saúde, em detrimento das abordagens dinâmicas/dialéticas.

Refletindo sobre o ato produtivo, Merhy (2002), conclui que, no momento da produção, o trabalhador ao juntar matériaprima e ferramenta, necessita um domínio sobre determinado conhecimento tecnológico além de uma organização temporal de seus conhecimentos.

> 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 trabalho 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 artesão, que expressam então, trabalhos anteriores [...] que sofrem influência real do trabalhador concreto que esta atuando e o seu modo de pô-los no ato produtivo, como representante do trabalho vivo em ato [...] o grau de liberdade desta 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. (MERHY, E. E., 2002, p.44).

O trabalho vivo em ato é o momento do trabalho em si, quando este está acontecendo. Neste momento, o trabalhador possui o grau máximo de liberdade em sua atuação. No entanto este grau está vinculado à presença simultânea dos elementos do trabalho (matériaprima, ferramentas, organização e domínio tecnológico). Já o trabalho morto é o produto de trabalhos anteriores; deste modo o trabalho morto foi trabalho vivo no ato de sua execução e se tornou morto à medida que terminou e foi materializado (MERHY, 2002, MERHY et al., 2007). No intuito de facilitar a compreensão das formas de trabalho morto e vivo, Merhy (2002), considerando os elementos do ato produtivo define a matériaprima, as ferramentas e o produto final como trabalho morto; como trabalho vivo, o trabalho em si, a organização do trabalho e conhecimento tecnológico. O trabalho vivo em ato é o trabalho criador, o instituinte que traz

consigo a possibilidade da mudança à medida em que poderá vir a ser instituído; o trabalho morto é o instituído, ou seja as práticas cristalizadas no interior das instituições[3] (LAPASSADE, 1977; MERHY et al., 2007).

Para Merhy (2002), a definição de tecnologia não se refere exclusivamente a máquinas e equipamentos, mas também a status singular de cada trabalhador. Assim concebida, pode ser também considerada como trabalho vivo. Desse modo, Merhy (2007, p.121), faz a seguinte distinção entre as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde: *tecnologia leve* vincula-se às relações de trabalho (vínculo, acolhimento, cuidado, gestão para governar processos de trabalho); *tecnologia leve-dura* relacionada a saberes bem estruturados (clínica psicanalítica, clínica médica, epidemiologia, entre outras); e *tecnologia dura* como as normas e estruturas organizacionais, além de equipamentos tecnológicos.

Discorrendo sobre as mudanças tecnológicas e dos modos de organização dos processos de trabalho, Merhy (2002) afirma que o trabalho em saúde, embora esteja no setor de serviços[4] sofre as influências das organizações produtivas hegemônicas, como taylorismo e fordismo. Tais características ficam mais evidentes quando se observa os processos relacionais entre profissionais de saúde e usuários, além de outros processos, nas tecnologias leve e leve-dura.

> [...] 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, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha no modo de fazer essa produção (MERHY, E. E., 2002, p.49).

Contudo, é importante ressaltar que o modo de produção capitalista propõe a captura do trabalho vivo através de instrumentos como a gestão, buscando eliminar a apropriação do trabalhador dos meios e instrumentos de trabalho para a sua recriação (MISHIMA, 2003) além de favorecer a eliminação dos componentes psicossociais envolvidos no cuidado.

---

[3] Utilizamos as definições de Instituído e Instituinte propostas por Georges Lapassade.

[4] Marx rejeitou a caracterização de Adam Smith acerca de trabalho produtivo (implica na produção de bens materiais de consistência corpórea, e pela lucratividade). Isto implicava a exclusão da esfera do trabalho produtivo de atividades que não criam bens materiais, pois se consomem no ato imediato de sua execução como o setor de serviços, ou que, embora criem bens materiais, não são lucrativos. Marx considerava que alguns serviços eram trabalhos produtivos. No entanto, não chegou a realizar um estudo abrangente e conclusivo sobre os serviços em geral. Desta forma, Marx modificou as teses de Smith ao mesmo tempo deixando interrogações, dúvidas e problemas sem resposta que, de acordo com Gorender (1985, p. XLII), suscitaram controvérsias ainda abertas entre os próprios marxistas.

No entanto, de acordo com Guimarães (1988), existem escolas do pensamento marxista que rejeitam a distinção entre trabalho produtivo e improdutivo. Estas escolas argumentam que todo trabalho assalariado está intimamente sujeito a exploração a despeito de ser ou não empregado diretamente pelo capital.

Na atualidade, o atendimento em saúde é estruturado dentro da racionalidade científica ligada às formas protocolares de controle do trabalho em todos os seus níveis (MONTEIRO, 2006), trabalho este pautado, também, na concepção do processo saúde-doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária (MENDES, 1996).

Há que considerar que as práticas utilizadas nos cuidados às pessoas enfermas ao longo dos tempos configuraram-se de maneiras distintas e tais diferenciações se relacionam, entre outras coisas, ao modo de produção e aos significados atribuídos às doenças e as pessoas.

1.2. Breve histórico sobre cuidados aos enfermos e a evolução da ciência da saúde no ocidente

Segundo Lopes (1970, p. 25), *"o instinto de conservação é comum nos homens e nos animais"*, o que faz supor que desde o início da humanidade o homem procura meios para sanar e aliviar os sofrimentos causados pelo viver[5]. Provavelmente, nas respostas humanas mais primitivas contra dores causadas por investidas de qualquer natureza, ou na primeira busca de alívio para os padecimentos, estão as origens da medicina e dos cuidados em saúde. Deste modo, a história da medicina e os cuidados em saúde se confundem com suas origens e as do próprio sofrimento humano (LOPES, 1970).

Moacyr Scliar, em seu livro *"Do Mágico ao Social"*, expõe as concepções de doença e cuidados aos enfermos ao longo dos tempos, no intuito de apresentar a trajetória da Saúde Pública no Brasil, estabelecendo diferentes perspectivas de cuidado: *mágica*, *empírica* e *científica*. (SCLIAR, 1987)

O olhar mágico está relacionado à medicina dos povos primitivos que eram, na sua maioria, sacerdotais, e os males eram relacionados a castigos divinos como pode ser observado na Medicina Mesopotâmica, Sumeriana, Assírio-Babilônica, Persa, Egípcia e Hindu (ALEXANDER; SELESNICK, 1980; LOPES, 1970).

A Medicina Mesopotâmica era praticada por médicos sacerdotes e médicos leigos que, respectivamente, tratavam das doenças consideradas internas (mentais) e das anormalidades

---

[5] *"...desde o período neolítico existiam cirurgiões hábeis. Nas ossadas achadas e estudadas por Lucas-Championnière, e conservadas no Museu do Homem, de Paris, foram encontrados crânios trepanados e cicatrizados, provas de operações realizadas no ser vivo..."* (LOPES, 1970, p.28)

externas (ferimentos). Embora a medicina desta época fosse considerada primitiva, os mesopotâmios descreveram muitas doenças de forma correta em suas tábuas cuneiformes e foram os primeiros a estudar a história de vida do paciente (ALEXANDER; SELESNICK, 1980).

Os Persas dividiam os médicos em *cirurgiões de ervas e mágicos* **-** "*doutores da palavra*"**-** sendo estes últimos considerados os mais importantes (ALEXANDER; SELESNICK, 1980).

No Brasil, a concepção mágico-religiosa do adoecimento está relacionada à cultura indígena, reforçada pela chegada dos escravos africanos, que tinham práticas mágicas no cuidado aos enfermos, além de conhecimentos da medicina natural (SCLIAR, 1987).

A concepção mágico-religiosa de doença na antiguidade e entre os povos primitivos estava relacionada à punição por violação de um tabu, ou de um encantamento mágico que obriga à expiação (BERLINGUER, 1988). O diagnóstico e a instituição de uma terapêutica ao enfermo eram vinculados aos sacerdotes, feiticeiros, xamãs, curandeiros, pagés, entre outros.

Alexander e Selesnick (1980), em seu livro *"História da Psiquiatria"* no qual avaliam o pensamento e a prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até 1960, fazem as seguintes considerações sobre as práticas mágico-religiosas para as enfermidades, sobretudo as de natureza psíquica:

> A intenção má é, portanto, a causa fundamental de doença em tôdas essas teorias [...] o efeito da magia depende da sugestionabilidade da pessoa sobre a qual ele é feita, do poder de sugestão do mágico que influencia e finalmente de uma ligação simpática entre objetos.
> A medicina primitiva consistia em processos psicológicos visando a influenciar todos os acontecimentos naturais, entre os quais as doenças de corpo e mente. Essa medicina anismística-mágica reflete o ponto de vista do homem primitivo sobre o universo, baseada em sua descoberta das leis psicológicas que governam seu próprio comportamento. O homem mais antigo experimentou subjetivamente em seu próprio comportamento certas seqüências de acontecimentos que lhe pareceram naturais, evidentes por si próprias, axiomáticas. Parecia-lhe natural sentir-se enraivecido quando era atacado ou amendrontado quando tinha o impulso de atacar alguém que o derrotara anteriormente. Essas seqüências de acontecimentos podem ser chamadas de "silogismos emocionais", que não exigem explicação ou prova. São sentidas como seqüências naturais e inevitáveis, seguem a "lógica das emoções". O homem primitivo teve êsse tipo de conhecimento muito antes de compreender a ordem das coisas no mundo que o cercava. Não podia saber que bactérias causavam infecção em ferimentos, mas sabia como usar seu próprio corpo e aplicava êsse conhecimento interior e subjetivo aos acontecimentos exteriores [...] (ALEXANDER; SELESNICK, 1980, p. 30-31).

A medicina Grega, até o século V a.C., também, estava vinculada ao pensamento mágico-religioso e os sacerdotes, nomeados Sacerdotes de *Asclépio*[6], eram responsáveis pelo tratamento das doenças que ocorriam em templos chamados *Asclepeions* ou *Asclepions*. Nestes locais o enfermo era induzido, pelo sacerdote, ao sono profundo e a sonhar com o *Deus Asclépio*. Ao acordar, o doente contava seu sonho ao sacerdote, que o interpretava e assim fazia o diagnóstico e a terapêutica. Os tratamentos iam desde escutar música (perturbação nervosa) a cirurgias (ALEXANDER; SELESNICK, 1980; LOPES, 1970).

Além do culto a *Asclépio*, na Grécia antiga, havia também o culto as deusas *Hygieia* e *Panacea*. *Hygieia*, considerada a Saúde, era uma das manifestações da Deusa da Razão – *Athena*. Já *Panacea*, considerada a Cura, representava a ideia de que tudo podia ser curado. No entanto, a cura não estava somente associada a procedimentos mágicos, mas também ao uso de plantas e métodos naturais e à concepção dos enfermos como agentes de sua própria cura. (ALEXANDER; SELESNICK, 1980; LOPES, 1970; SCLIAR, 1987).

O culto mágico a Asclépio, embora tivesse grande influência, possuía falta de coesão e dogmatismo entre seus adeptos. Associado a isso a religião não dominava a vida cotidiana dos gregos como acontecia com os babilônicos e egípcios. Deste modo, os gregos se comparados a outros povos não demoraram tanto tempo a abandonar o dogmatismo e os cultos mágicos religiosos. Inicia-se, assim, a denominada *Medicina dos Filósofos* ou *Medicina Empírica*, influenciada pelos pensamentos de Pitágoras (conceitos materialísticos) e de seu discípulo Alcméon de Crotona, que realizava dissecações anatômicas e experimentos em animais (ALEXANDER; SELESNICK, 1980)

Neste período (séc. V a.C.) a condição existencial e o corpo humano também eram alvo de estudo, segundo Alexander e Selesnick (1980, p. 65):

> As especulações de Platão sôbre o corpo e sua relação com o mundo de raciocínio, desejo e sentimento continham uma previsão espantosa intuitiva da visão científica posterior. Reconheceu ele que a vida é um equilíbrio dinâmico. O corpo forma continuamente matéria e descarrega detritos; a vida é um ritmo perpétuo de depleção e degeneração, como na respiração. Para Platão, estados corporais são reflexos de estados psicológicos. O princípio vital do corpo é a alma. A sede da razão – a alma racional – é eterna e colocada por Deus na cabeça, mais perto do céu. A alma irracional reside no corpo. Suas partes superiores – coragem, ambição e energia – estão colocadas no coração; suas partes inferiores – desejos, apetites (impulsos) e nutrição (fome) – residem abaixo do diafragma. O corpo inteiro é governado pela alma racional. As almas comunicam-se livremente por meio dos órgãos corporais. A idéia básica é que nas partes mais baixas os processos psicológicos e fisiológicos são

[6] *"Asclépio, o médico irrepreensível da Ilíada, na figura como o príncipe de Trica, ou Esculápio dos romanos, sofreu um processo de glorificação, a princípio, e, depois, de divinização, tornando-se herói sobre-humano e deus da medicina..."* (LOPES, 1970, p.84).

> caóticos e sem direção, recebendo sua organização e direção das funções mais altas da razão [...]

Apesar dos estudos de Pitágoras, Platão e muitos outros filósofos do corpo humano, Hipócrates de Cós (460-377 a.C. Idade Clássica)[7] é quem foi considerado o Pai da Medicina. Na concepção de Hipócrates o organismo humano estava estreitamente interligado ao seu ambiente físico (geográfico, climática e hídrico), social e psicológico. Desse modo, o estudo sobre o indivíduo deveria considerar seus determinantes físico, social e psicológico evidenciando assim, um conceito ecológico de saúde-doença. (BERLINGUER, 1980; SCLIAR, 1987)

Para Hipócrates, o corpo possui, em si mesmo, todos os elementos para se defender contra a doença e obter a cura, e os sintomas representam a expressão de luta do organismo contra as enfermidades. Considerava que o banho, a dieta e a higiene eram essenciais à manutenção da boa saúde e, como medidas de apoio aos que sofriam de doenças crônicas, indicava os exercícios físicos. Quanto ao tratamento, quando necessário, receitava remédios, mas advertia quanto à importância da dosagem correta e da cuidadosa observação dos pacientes (ALEXANDER; SELESNICK, 1980; LOPES, 1970).

Foi Hipócrates quem traçou o ideal ético da medicina e criou para esta um método científico que abarcou a Semiologia, o Prognóstico e a Terapêutica, libertando-a das influências sacerdotais e filosóficas, dando a esta uma perspectiva empírica (LOPES, 1970; SCLIAR, 1987).

Segundo Sousa e Sousa (1996), o Método Hipocrático constava de quatro princípios:

- *Observe Tudo:* Hipócrates considerava imprescindível a perspicácia clínica, sobretudo na observação do paciente. Enfatizando a importância da observação até de fatos que, aparentemente, parecessem insignificantes e da combinação das observações contraditórias, no intuito de extrair dessas combinações novas áreas de conhecimento, antes insuspeitados;
- *Estude mais o paciente do que a doença:* este princípio parte da concepção de que a doença é a expressão de sofrimento da própria vida do paciente. Deste modo, a doença não é considerada alheia e externa ao indivíduo;

---

[7] *"A chamada Idade Clássica é caracterizada pelo aparecimento, pela primeira vez na história das escolas médicas. No começo elas relacionavam-se apenas com o lugar onde se situavam geograficamente. Depois, pelas particularidades de seus sistemas e métodos. Eram elas as escolas de Rodes, Cós, Cnido, Crotona, Cisene e Itália do Sul"* (ALEXANDER; SELESNICK, 1980, p. 95)

- *Avalie honestamente:* preconizava a importância de um pensamento crítico do trabalho realizado, sobretudo dos fracassos. Neste sentido, Hipócrates descreveu, detalhadamente, mais de quarenta histórias de pacientes que havia atendido, sendo que mais da metade destes havia falecido durante o tratamento;
- *Assista a natureza:* ou seja, cabe ao médico acompanhar seu paciente e ajudá-lo.

Segundo Berlinguer (1980), embasado nos princípios hipocráticos, a doença deve ser vista como um sinal na medida em que é concebida como momento de síntese e de expressão dos conflitos do indivíduo. Para compreender a doença é necessário que se compreenda a história de vida da pessoa.

Scliar (1987, p.18), discorrendo sobre o método hipocrático de cuidado aos enfermos, faz as seguintes considerações:

> Observação atenta, mas não experimentação; registro lógico, mas não metodologia científica. Hipócrates praticava não a ciência médica mas a arte de curar, arte de aprendizagem penosa: "A vida é curta, a arte longa..." Uma arte que levou às raias da perfeição, aos limites do possível, e que viria a influenciar o pensamento médico durante muito tempo.

A medicina hipocrática foi a base para a medicina romana (séc. II a.C.), que era livre assim, praticada por barbeiros, sapateiros e carpinteiros que, ao lado de drogas, empregavam chás de raízes e remédios secretos. A maioria dos médicos era composta por gregos e foram estes que levaram para Roma os ensinamentos de Alexandria[8]. Neste período a medicina começou a ser dividida em especialidades (ALEXANDER; SELESNICK, 1980). Uma vez que a base da medicina romana eram as concepções hipocráticas a influência ambiental sobre a saúde era considerada. Tal concepção, de acordo com Scliar (1987), favoreceu o início de um esboço de administração sanitária com leis sobre a inspeção de alimentos e de locais públicos, além da existência de leprosários.

Com a queda do Império Romano e a ascensão do regime feudal, e com as sucessivas epidemias que assolaram a população e as dificuldades dos médicos em contê-las, a religião reaparece, na Idade Média, como forma de explicar o até então inexplicável. Predomina, assim o dogma cristão na medicina que, torna-se sacerdotal (ALEXANDER; SELESNICK, 1980, LOPES, 1970).

> O cristianismo, que surgiu como religião dos pobres, dos deserdados, dos escravos, dos aflitos, dos doentes oferecia uma explicação para as pestilências, e o conforto

[8] A Escola de Alexandria introduzida na Mesopotâmia teve, no séc. III a.C., grande influência da doutrina hipocrática e seus fundadores, Herófilo e Erasistrato, transmitiram os primeiros conhecimentos de anatomia cerebral (ALEXANDER; SELESNICK, 1980).

> espiritual necessário em época de tanto sofrimento. A doença era vista como purificação, como forma de atingir a graça divina que incluía, sempre que merecida, a cura, as epidemias eram castigos divinos para os pecadores do mundo [...] ou, alternativamente, resultavam da insidiosa ação de inimigos (SCLIAR, 1987, p.22).

A retomada do pensamento mágico associava o sofrimento decorrente das doenças à expiação de pecados e a morte ao castigo para as pessoas consideradas *"inimigas de Cristo"* ou a *"feliz partida"* para os *"Servos de Deus"* (BERLINGUER, 1980; SCLIAR, 1987, p.23).

A caridade era praticada para compensar a ineficácia dos procedimentos mágicos no tratamento às doenças e favoreceu o surgimento dos hospitais onde os pacientes recebiam, senão tratamento adequado, pelo menos conforto espiritual (SCLIAR, 1987).

Neste período, a Igreja era a autoridade máxima e a ciência desta fase caracterizou-se por um dogmatismo e, uma escolástica rígida deixando de lado a liberdade do pensamento grego, individualista e especulativo. Os estudos sobre medicina eram realizados nos mosteiros e a maioria dos hospitais estava próxima, ad-hoc a estes (LOPES, 1970).

Em conseqüência aos dogmas católicos concernentes ao estudo do corpo humano, por volta do século V os monges, até então praticantes da medicina na Europa Medieval, foram proibidos pelo Papa de praticarem cirurgias, sendo estas relegadas aos barbeiros[9] (LOPES, 1970).

Ao final da Idade Média houve a retomada do desenvolvimento da medicina leiga, sobretudo em Salerno, Itália, que utilizava as obras de Hipócrates, Galeano e dos árabes[10]. Neste período, também surgiram universidades em Bolonha, Cambridge, Oxfort, Pisa, Sorbonne e Salamanca. A dissecção no ensino da anatomia foi admita no ensino médico, mas a prática médica ainda era rudimentar (SCLIAR, 1987).

Nesta época, foi descoberto o homem como indivíduo concreto que se tornou objeto do artista e do anatomista. *"Os artistas mostraram como o homem parecia por fora, os anatomistas descreveram sua estrutura interna e, finalmente, os psicólogos e os filósofos da Renascença descreveram suas sensações e sentimentos"* (ALEXANDER; SELESNICK, 1980, p.111).

---

[9] O Cirurgião-barbeiro tinha como atividades barbear, sangrar, lancetar e conhecer as regiões das veias para poder praticar as sangrias. Possuíam uma posição inferior aos médicos que consideravam humilhante a prática das sangrias. (LOPES, 1970)

[10] Os principais expoentes da medicina árabe, nos séc. IX e X d.C., foram Rhazes e Avicena que consideravam a relação entre as doenças físicas e os estados emocionais. Para Rhazes não se podia abusar do uso de remédios já que esses não são isentos de perigo. O livro *O Cânone*, escrito por Avicena, tornou-se a *Bíblia Médica* na Ásia e, posteriormente, na Europa tendo sido usado até o início da experimentação anatômica no século XVI. (LOPES, 1970).

Com a invenção da imprensa, uma série de publicações sobre medicina estimulou o desenvolvimento científico na área. Em 1542 Vesálio compõe o tratado de anatomia *"De humani corporis fabrica libri septem"*, considerado marco revolucionário dos conhecimentos da época (LOPES, 1970).

No entanto, há que considerar que a época renascentista foi um período de transição em que práticas esotéricas conviviam com o pensamento científico.

> O empirismo aristotélico, preservado na sua versão cristã durante a Idade Média, era agora submetido ao duro teste da razão. Bacon sustentava a necessidade de questionar a natureza através do método científico: *natura vexata*, a natureza assim provocada, daria as respostas exatas exigidas pelo espírito racional. O paradigma cartesiano passou a definir como real tudo o que podia ser explicado ou analisado mediante um conjunto de procedimentos que incluíam a experimentação e a quantificação. Galileu mostrou que os objetos caem não porque vão em busca de seu "lugar natural", como sustentava a teleologia aristotélica, mas pela força que os atrai. O que, Newton demonstrou, é devido à lei da gravitação universal; completava-se assim a revolução copernicana iniciada em 1543 (SCLIAR, 1987).

Em decorrência às alterações conceituais acima descritas, houve uma grande mudança na concepção de mundo e, em consequência, do homem. A antiga concepção de universo orgânico, vivo e espiritual foi substituída pela concepção mecanicista do universo e do homem (CAPRA, 1982).

Com seu livro *"De Homini,"* publicado em 1962, René Descartes (1596-1650), filósofo, físico e matemático francês, exerceu grande influência nas teorias que tentavam explicar o funcionamento do corpo humano. Descartes expõe suas idéias sobre a divisão corpo-mente que possibilitou aos médicos uma compreensão do corpo humano como máquina, perdendo de vista os aspectos psicológicos, sociológicos e ambientais até então constitutivos do ser humano como uma totalidade (CAPRA, 1982; LOPES, 1970).

A este respeito Capra (1982, p.119) faz a seguinte consideração:

> O próprio Descartes, embora introduzisse a separação de corpo e mente, considerou, não obstante, a interação entre ambos um aspecto essencial da natureza humana, e estava perfeitamente ciente de suas implicações na medicina [...] Descartes mostrou-se muito menos "cartesiano" do que a maioria dos médicos atuais.

Segundo Capra (1982), a forma de apropriação das idéias de Descartes é relacionada, ao desenvolvimento dos estudos da medicina voltados para o nível molecular.

> Quando a perspectiva da ciência biomédica se transferiu do estudo dos órgãos corporais e suas funções para o das células e, finalmente, para o das moléculas, o estudo do fenômeno da cura foi progressivamente negligenciado, e os médicos passaram a achar cada vez mais difícil lidar com a interdependência de corpo e mente (CAPRA, 1982, p.119)

Além disso, tal concepção converge com a visão de mundo fragmentada, preconizada pelo modo de produção capitalista.

No século XVII, apesar de todos os estudos sobre equipamentos, métodos e remédios, o médico inglês Thomas Sydenham (1624-1689), optou ater-se à observação clínica direta, afirmando que esta era a melhor forma de aprendizagem em medicina. Concomitantemente, William Harvey (1578-1657), médico inglês, explicou o fenômeno da circulação sanguínea em termos estritamente mecanicistas (CAPRA, 1982; LOPES, 1970).

Segundo Capra (1982), no século XVIII surgiram numerosos contramovimentos à visão mecanicista do homem e, consequentemente, aos cuidados em saúde, sendo o sistema da homeopatia o principal expoente deste grupo.

No século XIX, o avanço da medicina ensejou o progresso da biologia; experimentos realizados por Claude Bernard (1813-1878) e Louis Pasteur (1822-1895) provocaram grandes impactos nas ciências e, conseqüentemente, na sociedade. O médico e fisiologista francês Claude Bernard concentrou seus estudos nos aspectos ambientais externos e internos do indivíduo, compreendendo a doença como uma perda de equilíbrio resultante desse conjunto de fatores sendo, portanto, multideterminada. Em contrapartida, o químico francês Louis Pasteur elucidou o papel das bactérias na eclosão das doenças, fazendo uma correlação entre ambas, ou seja, associando tipos específicos de doenças a micróbios específicos, criando assim a teoria microbiana da doença. (CAPRA, 1982; LOPES, 1970). Em convergência com as descobertas de Pasteur, o médico alemão Robert Koch (1843-1910), um dos fundadores da microbiologia, formulou o conceito de etiologia onde é postulado *"um conjunto de critérios necessários para provar... que um certo micróbio é o causador de uma certa doença específica. Esses critérios... são ensinados desde então nas escolas de medicina"* (CAPRA, 1982, p.121).

Capra (1987) ressalta a apropriação simplista dos postulados de Pasteur, haja vista que o mesmo também considerava os efeitos dos fatores ambientais e psíquicos no adoecimento, embora não os tivesse investigado experimentalmente e, consequentemente, sem sistematizá-los. A este respeito, faz a seguinte consideração:

> [...] Ele tomou por certo que o corpo saudável exibe uma forte resistência a muitos tipos de micróbios. Ele sabia muito bem que todo e qualquer organismo humano atua como hospedeiro para uma multidão de bactérias, e assinalou que estas só podem causar danos quando o corpo esta debilitado. Assim na opinião de Pasteur, a terapia bem-sucedidada depende frequentemente da habilidade do médico para restabelecer as condições fisiológicas favoráveis à resistência natural[...] sugeriu que os estados mentais afetam a resistência à infecção: "Muitas vezes ocorre que a condição do paciente – sua debilidade, sua atitude mental... – forma uma barreira insuficiente contra a invasão dos seres infinitamente pequenos" [...] (CAPRA, 1987, p. 122)

Este modo de apropriação dos postulados de Pasteur veio favorecer a exclusão dos componentes psicossociais do adoecimento e do cuidado. No entanto, suas ideias propiciaram um grande desenvolvimento das práticas cirúrgicas, à medida em que desvelaram a função dos microrganismos nos processos infecciosos pós-cirúrgicos impulsionando, desta forma, o desenvolvimento dos antissépticos (CAPRA, 1987).

A medicina do século XX é caracterizada pela progressão da biologia até o nível molecular, o que favoreceu o crescente número de descobertas. Associado a isto, o intenso desenvolvimento científico proporcionou o desenvolvimento de novos fármacos, técnicas e procedimentos propiciando a progressiva especialização na área da saúde (CAPRA, 1982; LOPES, 1970).

Segundo alguns autores marxistas, como Braverman (1987), Mills (1976) e Schraiber, (1989), o desenvolvimento da ciência não pode ser independente do modo de produção em que é concebida, haja visto que o desenvolvimento tecnológico é a síntese deste processo, que subordina, sob a égide do Capital, todas as forças vivas do sistema econômico.

Neste sentido, Schraiber (1989), em seu livro *"Educação Médica e Capitalismo"*, faz as seguintes ponderações:

> Com a necessidade do contínuo desenvolvimento das forças produtivas não apenas se acentua o parcelamento do trabalho a qualificação do trabalhador, o aperfeiçoamento e diversificação dos instrumentos de trabalho, como também se determina um grande desenvolvimento da ciência e tecnologia, enquanto forma de conhecimento e apropriação da natureza: "Para o capital torna-se essencial chegar a conhecer, com o maior rigor possível, como se comporta a natureza e conhecer suas leis. De outro lado, requer a invenção de procedimentos que permitam utilizá-la. Por isso, necessariamente, impulsiona o desenvolvimento científico e tecnológico." [17, 11] Esse desenvolvimento se faz também pelo parcelamento do saber. Todavia, não um parcelamento qualquer, pois o ritmo e o caráter do desenvolvimento científico e tecnológico encontra-se subordinado à direção imposta ao conjunto da produção, ou seja, subordinam-se à dinamização das forças produtivas, a qual depende da posse dos meios de produção e do controle do processo de produção de uma classe social determinada. Em outros termos, o desenvolvimento tecnológico e científico não se realiza livremente a partir das decisões de uma ciência neutra, mas subordinada à natureza das relações de produção. Isso significa que o modo de produção capitalista fragmenta, determinando-lhe a direção, tanto a qualificação do trabalhador, quanto o saber (SCHRAIBER, 1989, p. 39).

Segundo Capra (1982) embora a estruturação da assistência à saúde seja influenciada pela categoria médica, esta por sua vez se condiciona ao sistema vigente e, consequentemente, às pesquisas científicas, subordinadas às necessidades e ditames do modo de produção.

---

[11] VASCONI, T.A. **Contra La Escuela. Cuadernillos Marxistas**, n°. 2, La Pulga, Colombia, 1974. P. 29-30.

Assim, convergindo com a fragmentação do trabalho no modo de produção capitalista, em 1910 foi publicado pela Fundação Carnegie um estudo de Abraham Flexner intitulado *Medical Education in the United States and Canada - A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*[12], que ficou conhecido como Relatório Flexner (*Flexner Report*). Este relatório foi responsável pela maior reforma das escolas médicas nos Estados Unidos da América com repercussões na medicina mundial (CAPRA, 1982; PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Sobre o relatório Flexner Pagliosa e Da Ros (2008, 493) fazem as seguintes reflexões:

> [...] uns aclamam seu criador como o grande reformista e transformador da educação médica em todos os tempos, e outros o consideram o principal responsável pela consolidação de um modelo de formação de médicos que nunca conseguiu atender às necessidades de saúde das sociedades onde foi implantado, isto é, em praticamente todo o mundo. O adjetivo "flexneriano" é aplicado, geralmente com caráter pejorativo, aos currículos que apresentam uma divisão clara entre um período ou ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido de outro dedicado aos estudos clínicos. Esta foi a sua proposta que se tornou mais conhecida, embora não a única. De fato, seu modelo de educação médica resistiu quase cem anos e ainda se encontra em vigência na maior parte das escolas médicas do mundo. Seu informe constitui, seguramente, a publicação sobre educação médica mais citada na literatura especializada.

O *Relatório Flexner* muda o paradigma[13] da área médica à medida que suas diretrizes impõem uma definição de padrões para os cursos de medicina, ensino laboratorial, docência em tempo integral, expansão do ensino clínico, vinculação das escolas às universidades, ênfase nas pesquisas biológicas, prática indissociável da investigação científica, estímulo à especialização e controle do exercício profissional (CAPRA, 1982; MENDES, 1996; PAGLIOSA; DA ROS, 2008; SCHRAIBER, 1989).

Este paradigma se expressa por meio de um conjunto de elementos que coexistem e se completam: visão do corpo humano como uma máquina *(Mecanicismo)*, reconhecimento da natureza biológica das moléstias *(Biologismo)*, instituição do objeto individual da saúde excluindo da vida dos indivíduos os aspectos sociais *(Individualismo)*, fragmentação do corpo humano perdendo de vista sua dimensão global (*Especialização*), sitematização do ato médico (*Tecnificação*) e prestígio dos processos fisiopatológicos da doença em detrimento da causa tornando a prática médica voltada para os aspectos curativos, prestigiando assim o diagnóstico

---

[12] De acordo com Capra (1982) o Relatório Flexner, encomendado pela Fundação Carnegie, foi derivado de *"... uma pesquisa nacional sobre as escolas de medicina com o objetivo de dar a esse ensino uma sólida base científica."* (CAPRA, 1982, p. 151).

[13] Paradigma é entendido neste trabalho, a partir da versão kuhniana sociológica comentada por Mendes (1996, 237) *"... conjunto de elementos culturais, de conhecientos e códigos teóricos, técnicos e metodológicos compartilhados pelos membros de uma comunidade científica"*.

e a terapêutica (*Curativismo*) (CAPRA, 1982; MENDES, 1996; PAGLIOSA; DA ROS, 2008 SCHRAIBER, 1989).

As práticas em saúde pautadas no modelo flexneriano conceberam um modelo de assistência pautado em consultas, procedimentos, equipamentos e medicamentos, tornando a hospitalização e a atenção especializada os principais meios de atenção à saúde (SANTOS, 2007). Assim, o sistema de saúde é fundado por três categorias centrais: a concepção do processo saúde doença, o paradigma sanitário e a prática sanitária (MENDES, 1996).

A concepção do processo saúde-doença ainda vigente faz com que os serviços de saúde sejam voltados para a cura e reabilitação, uma vez que se preconiza a causalidade da doença, sendo a ausência desta a saúde, onde o paradigma sanitário que ainda fundamenta a atuação em saúde é o flexneriano (MENDES, 1996).

A prática sanitária é a estruturação às respostas sociais diante das questões de saúde, fundamentadas no conceito saúde-doença e no paradigma sanitário (MENDES, 1996). Estes, por sua vez, têm como determinante o modo de produção vigente. Assim, a partir desta lógica, a atuação em saúde é pautada na fragmentação do trabalho em todos os seus níveis, controle sobre o trabalhador, mercantilização das ações e reificação das relações.

A compartimentalização das ações desvitaliza a atuação à medida que os profissionais se tornam meros cumpridores de normas e protocolos durante o cotidiano de trabalho, sem um acesso de fato aos processos que determinam as ações no trabalho que realizam.

Tal fato, além de ser desmotivador para o profissional em relação a seu trabalho, uma vez que entre outras coisas não favorece a apropriação do mesmo, haja vista que este é algo alheio a si, prejudica ainda a qualidade do atendimento prestado. Isto porque o paciente é atendido de forma parcelar, não tendo, na maioria das vezes, todas as suas necessidades contempladas durante seu atendimento, já que a racionalidade técnica do trabalho em saúde prioriza os aspectos técnicos do atendimento em detrimento dos aspectos psicossociais. Assim na maioria das vezes, também ocorre a desvitalização do atendimento (MONTEIRO, 2006).

> A atuação em Saúde, de um modo geral, carrega consigo contradições determinadas pelo desenvolvimento das forças produtivas da sociedade, que baniu e vem gradativamente eliminando o componente humano do trabalho, desvitalizando a relação profissional-paciente. O avanço tecnológico não deixa alternativas para o profissional de saúde; a objetivação do tratamento é o reflexo da dicotomia entre o conhecimento técnico e a competência social, comum na formação, e que coloca o profissional frente às questões características de sua especialidade. A racionalidade desvitaliza o tratamento, transformando o homem doente numa questão técnica a ser resolvida. A formação profissional direcionada por esta lógica objetiva, prioriza a competência técnica em detrimento da sensibilidade social, e, neste universo reificado a racionalidade clínica prevalece. (FIGUEIREDO, 2003; p.01)

À medida que o paradigma flexneriano preconiza a especialização em saúde, de acordo com Capra (1982), há uma redução dos clínicos gerais e a formação destes tornou-se tendenciosa. A este respeito o autor faz as seguintes considerações:

> [...] A tarefa do clínico geral requer, além do conhecimento científico e da habilidade técnica, bom senso, compaixão e paciência, o dom de dispensar conforto humano e desenvolver a confiança e a tranqüilidade ao paciente, sensibilidade no trato dos problemas emocionais do paciente e habilidades terapêuticas na condução dos aspectos psicológicos da enfermidade. Essas atitudes e habilidades não são geralmente enfatizadas nos atuais programas de treinamento médico, nos quais a identificação e o tratamento de uma doença específica se apresentam como a essência da assistência médica. Além disto as escolas de medicina promovem vigorosamente um sistema de valores "machista", desequilibrado, desprezando qualidades como a intuição, a sensibilidade e a solicitude, em favor de uma abordagem, racional, agressiva e competitiva (CAPRA, 1982, p.153).

Segundo Capra (1982), faz-se necessária a mudança do sistema de assistência à saúde uma vez que, os altos custos destinados a esta não se reverteram em melhorias, significativas, à saúde da população. E a população, por sua vez, mostra-se cada vez mais insatisfeita com a qualidade do atendimento que vem recebendo e *"queixando-se de que os médicos tratam as doenças, mas não estão interessados nos pacientes*". De acordo com o autor, a prática médica pautada no modelo biomédico não é eficaz na *"promoção e manutenção da saúde"* haja vista que desconsidera, os determinantes psicológicos e sociais da saúde e da doença (CAPRA,1982; p.131). Desde modo, o autor enfatiza a necessidade de alterações conceituais que subjazem à teoria e às práticas em saúde.

No decorrer da segunda metade do século XX, foi observado que a resolução de problemas de saúde da população, fundamentada no paradigma flexneriano, era ineficaz, ineficiente e favorecia a desigualdade social (SANTOS, 2007). De acordo com o autor, entre outros problemas se destacam:

> a) A ineficiência da medicina científica causada pela inflação médica, ou seja, pela desproporção ou inexistência de correlação entre os investimentos em saúde e os níveis de saúde, e a chamada proporção custo-eficácia da mesma (DOSSEY, 2006, P.9);
> b) ineficácia da medicina científica demonstrada, por estudos e pesquisas que evidenciam que os níveis de saúde atuais decorrem muito mais de mudanças no ambiente do que novas descobertas científicas da medicina (MENDES, 1985, p.37-40);
> c) incapacidade de responder às necessidades de saúde, ao risco de adoecer, morrer, e à acessibilidade aos serviços de saúde (MENDES, 1985, p.37-40);
> d) incapacidade de oferecer igualmente acesso aos serviços de saúde, contatada na chamada Lei de Hart – "a disponibilidade de boa atenção m édica tende a variar na razão inversa das necessidades da população (MENDES, 1985, p.37-40). (SANTOS, 2007, p. 21-22)[14]

[14] DOSSEY, L. **Tiempo, Espacio y Medicina.** 4ª ed. Barcelona: Kairós, 2006. 359 p.

MENDES, E. V. **A Evolução Histórica da Prática Médica:** suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica. 1ª ed. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1985. 124 p.

Como resposta à crise gerada pela medicina flexneriana, em 1970, foi elaborado um documento (Relatório Carnegie) que diagnosticou a falência da medicina científica, sugerindo sua mudança paradigmática e apresentando, como proposta, a Medicina Comunitária. As principais diretrizes do Relatório são: integração docente assistencial, integração precoce do estudante na clínica, integração de disciplinas básicas e profissionalizantes, estruturação de planos nacionais de saúde, ampliação de vagas nos cursos para estudantes de baixa renda além da expansão e aceleração de formação de auxiliares e técnicos (MENDES, 1985; PEREIRA, 2008; SANTOS, 2007).

Inspiradas neste documento foram estabelecidas as diretrizes da medicina comunitária, assim formuladas: integração entre as ações curativas, promocionais e preventivas, introdução de práticas alternativas nas ações médicas, participação da comunidade na resolução dos problemas enfrentados e inserção do trabalho em equipe[15] (PEREIRA, 2008).

No entanto, de acordo com Mendes (1996), a dialética das mudanças paradigmáticas determina um processo de mudanças constantes, onde o novo e o antigo "convivem" ao longo da transição de paradigmas, havendo superposição entre problemas que podem ser resolvidos pelo antigo paradigma e os que devem ser resolvidos com os elementos do novo. E, nesta transição há, consequentemente, reorientação de métodos e objetivos.

Observa-se que, na atualidade, paradigmas divergentes coexistem na área da saúde e as diretrizes da ESF se reorientam na direção do novo paradigma. No entanto, a sua implementação esbarra em questões paradigmáticas flexinerianas perseverantes, que deverão ser discutidas ao longo deste trabalho.

As concepções modernas de saúde a compreendem dentro de uma perspectiva que se caracteriza pelo enfoque positivo do otimismo. A saúde deixa de vincular-se, exclusivamente, às doenças e à morte, referindo-se na qualidade de vida de uma população e sendo, portanto, um produto social (MENDES, 1996).

> [...] Saúde é, então, resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um "viver desimpedido", um modo de "andar a vida" prazeroso, seja individual, seja coletivamente. O que supõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais (MENDES, 1996, p. 237).

---

[15] Vale ressaltar que tais diretrizes subsidiaram os trabalhos produzidos em Alma-Ata (que será apresentado no transcorrer desse trabalho)

1.3. Considerações sobre a Atenção Primária à Saúde.

Segundo Scliar (1987) a Saúde Pública só foi constituída na sociedade suficientemente organizada a ponto de ser caracterizada como "corpo". Para o autor, a ênfase no aspecto social e comunitário da concepção de Saúde Pública atribui a esta o conceito metafórico de *medicina do corpo social*.

Ao revisar a literatura, observa-se uma variedade de definições de Saúde Pública. Scliar (1987, p.35-36) cita algumas:

> Em 1949, Wislow ofereceu a seguinte definição: "Saúde pública é a ciência e a arte de evitar a doença, prolongar a vida, e promover a saúde física e mental, e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade, visando o saneamento do meio, o controle das infecções comunitárias, a educação dos indivíduos no princípio da higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para diagnóstico precoce e o tratamento da doença, e o desenvolvimento de mecanismos sociais que assegurarão a cada pessoa da comunidade o padrão de vida adequado para a manutenção da saúde". E Last: "Saúde pública é um dos esforços organizados pela sociedade para proteger, promover e restaurar a saúde das pessoas. É a combinação das ciências, técnicas e atitudes que são dirigidas á manutenção e melhora da saúde de todas as pessoas através de ações coletivos ou sociais. Os programas, serviços e instituições envolvidos enfatizam a prevenção da doença e a manutenção da saúde na população como um todo... Saúde pública é pois uma prática uma disciplina e uma instituição social" [16]

A organização da Saúde Pública ao longo dos tempos sempre esteve relacionada aos movimentos políticos, sociais e econômicos em cada país (CAMARGO-BORGES, 2007). Neste sentido entende-se, também, por Saúde Pública as práticas que visam a saúde de uma população e são orientadas pelo Estado; deste modo estas, em última instância, estão a serviço dos interesses que o Estado representa assim como à organização dos serviços de saúde e das políticas públicas.

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui uma das vertentes contempladas pela Saúde Pública e, embora tenha diversas definições, a mais conhecida é a nomenclatura dada pela Organização Mundial de Saúde:

> A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de auto-confiança e auto-determinação. Ela forma parte integral do sistema dos serviços de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato

---

[16] WINSLOW, C-E. A. The Evolution of public Health and its Objectives. In: SIMMONS, J. **Public Health in the World Today.** Cambridge, MA: Harvard University Press, 1949.

LAST, J.M. A **Dictionary of Epidemiology.** Nova Iorque: Oxford University Press, 1983.

> de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção"(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

A atual concepção de APS foi difundida através do Relatório Dawson, publicado no Reino Unido em 1920. Este relatório tem sido considerado um dos primeiros documentos que sintetizou uma forma específica de pensar políticas públicas de saúde, mediante a criação de Sistemas Nacionais, preconizando e descrevendo a organização dos sistemas de saúde em três níveis: centros *primários* de atenção à saúde, centros *secundários* e os *hospitais de ensino*. O Relatório, além de descrever as funções de cada nível de atenção, descreve a relação que deveriam existir entre eles. Este Relatório consistiu na base da regionalização dos serviços de saúde organizados em bases populacionais influenciando a organização dos sistemas de saúde em vários países do mundo, inclusive no Brasil (CAMPOS, 2006; MENDES, 2002).

O Relatório Dawson consistiu à base da regionalização dos serviços de saúde organizados em bases populacionais, ou seja a organização de serviços e equipes pautados na territorialização, influenciando a organização dos sistemas de saúde em vários países do mundo, inclusive no Brasil (CAMPOS, 2006; MENDES, 2002).

Foi na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde[17], realizada em 1978 em Alma-Ata, Cazaquistão, que a catalogação da APS tornou-se diretriz internacional. Nesta conferência foi discutida a reorientação dos modelos assistenciais em saúde através da priorização da promoção de saúde e, da prevenção de doenças. Além disto, foram definidos alguns elementos primordiais da APS como educação sanitária, saneamento básico, programa materno-infantil (imunização e planejamento familiar), prevenção de endemias, tratamento apropriado de doenças e dos danos mais comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, promoção de alimentação saudável e valorização da medicina tradicional (CAMARGO-BORGES, 2007; MENDES, 2002).

> De acordo com a Declaração de Alma-Ata, ações dos diferentes atores internacionais no sentido de diminuir as diferenças no desenvolvimento econômico e social dos países deveriam ser estimuladas para que se atingisse a meta de saúde para todos no ano 2000, reduzindo-se a lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e desenvolvidos. Naquela ocasião, chegou-se ao consenso de que a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial. O apelo lançado em Alma-Ata foi um marco fundamental e representou o ponto de partida para outras iniciativas. (MENDES, 2004, p.01)

---

[17] Organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef).

Em 1979 a *Assembléia Mundial da Saúde* orientou todos os países membros a definir e por em prática estratégias nacionais que fossem ao encontro do alcance da meta de *"Saúde para todos no ano 2000"* (SPT 2000). Neste sentido a Organização Pan Americana da Saúde, aprovou estratégias para as Américas alcançarem a SPT 2000 (MENDES, 2002).

Em 1986, a Carta de Ottawa, redigida na *I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúd,e* realizada no Canadá, elencou condições e recursos fundamentais para a promoção da saúde na atenção primária e ressaltou, entre outras coisas: a importância da equidade, criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da participação comunitária, o favorecimento do desenvolvimento das pessoas para que estas se tornem sujeitos ativos em seu processo de saúde e a reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2002; CAMARGO-BORGES, 2007; MENDES, 2004; OPAS, 2007). E, nesta Carta, a Promoção de Saúde foi definida como um "*processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo"* (WHO[18], 1986 apud BUSS, 2000, p. 167).

Convergindo com a Carta de Ottawa, em 1988, a *II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde,* na Austrália, tendo como base a Declaração de Adelaide, *"enfatizou a importância das políticas públicas como pressuposto para vidas saudáveis, destacando a responsabilidade das decisões políticas, especialmente as de caráter econômico para a saúde"* (MENDES, 2004, p.02).

A *III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde,* realizada em 1991, na cidade de Sundsvall, Suécia, além de reforçar as propostas/diretrizes da Declaração de Adelaide preconizou a necessidade de abalizar as dimensões sociais, políticas e econômicas assim como a importância do reconhecimento da competência e do conhecimento feminino, considerando que estas deveriam intervir mais nestas dimensões (BRASIL, 2002; CAMARGO-BORGES, 2002; MENDES, 2004)

Em 1992, na *Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente,* realizada no Rio de Janeiro, foi destacada a interdependência saúde e ecologia ensejando que as políticas governamentais deveriam estabelecer prioridades de desenvolvimento que respeitassem esta inter-relação (MENDES, 2004).

---

[18] WHO 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.* Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

Realizada na cidade de Jacarta, Indonésia, em 1997, a *IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde,* tendo como eixo a Carta de Otawa, visou à *Promoção da Saúde para o século XXI* além de: reforçar o conceito de saúde como um direito humano básico e fundamental para o desenvolvimento econômico e social, além de resgatar e atualizar a discussão do *"reforço da ação comunitária"* onde a promoção da saúde deve ser realizada com o auxílio da comunidade. Esta Conferência foi a primeira a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde (BRASIL, 2002; CAMARGO-BORGES, 2002; HEIDMANN et al., 2006).

A *V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde,* realizada na cidade do México, em 2000, reforçou *"... a importância das ações de promoção à saúde nos programas e políticas governamentais, no nível local, regional, nacional e internacional. Confirma o valor das ações intersetoriais para assegurar a implementação das ações de promoção e ampliar as parcerias na área da saúde"* (HEIDMANN et al., 2006, p.355).

A Carta de Bangkok, produzida na *VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde,* em 2005, na Tailândia, reforçou as propostas das demais Conferências além de buscar alcançar a saúde para todos através de quatro compromissos: *"... desenvolvimento da agenda global, responsabilidade de todos os governos, meta principal da comunidade e da sociedade civil e necessidade para boa administração prática"* (HEIDMANN et al., 2006, p.355).

Em 2009 foi realizada, em Nairobi no Quênia, a *VII Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.* Como nas demais Conferências, nesta também foram reafirmados os valores, princípios e estratégias definidos na Carta de Otawa e enfatizado a necessidade de as políticas de Promoção de Saúde contemplarem: as iniqüidades em saúde, a necessidade dos governos criarem ações conjuntas para o enfrentamento de doenças preveníveis, a construção e a aplicação do conhecimento na área, empoderamento de indivíduos e comunidades, fortalecendo assim os processos participativos. Vale ressaltar que o evento destinou um de seus dias a discutir a Promoção da Saúde na África (WHO, 2009).

Além das Conferências Internacionais, também foram realizados eventos regionais no intuito de discutir questões vinculadas à Promoção de Saúde considerando as especificidades dos países latino-americanos e/ou determinados países (HEIDMANN et al., 2006; MENDES, 1996; MENDES, 2004):

- *Conferência Internacional de Promoção da Saúde*: realizada em 1992, na cidade de Bogotá, na Colômbia, discutiu a promoção da saúde na América Latina, visando

transformar as relações existentes e conciliar interesses econômicos e propósitos sociais de bem estar. Deste modo, a Declaração de Santa Fé, enfatizou a inaceitabilidade das enfermidades provenientes da marginalidade, da desigualdade e dadestruição do meio ambiente;

- *I Conferência de Promoção da Saúde no Caribe*: realizada em 1993, em Trinidad y Tobago;
- *Promoção à Saúde da População do Canadá*: em 1996 divulgou a base do movimento das cidades saudáveis;
- *Rede de Mega Países para a Promoção da Saúde*: realizada na cidade de Genebra na Suíça em 1998, trazendo contribuições para a corrente moderna da promoção da saúde e preconizando: a necessidade de melhora na base de informações da promoção da saúde, o desenvolvimento da saúde, o aumento da intersetorialidade e parcerias para melhorar a distribuição dos recursos destinados a saúde.

Mesmo com a divulgação mundial dos valores, princípios e estratégias para a promoção da saúde, definidos nos diversos eventos citados, a conceituação e implementação da APS nos vários países são realizadas de forma diversificada.

> Quando a Organização Mundial propôs sua agenda para operacionalização das metas acordadas em Alma-Ata, os países industrializados já as haviam alcançado em grande parte, enquanto a maioria dos países em desenvolvimentos ainda estava longe de atingi-las. Isso gerou problemas de conceituação e, por conseqüência, de implementação (*Vuori*, 1984)[19]. Tais variações na interpretação da atenção primária à saúde se explicam, ademais, pela história mesma de como se gestou e evolui este conceito e pela ambigüidade de algumas de suas definições formais estabelecidas nos foros internacionais, pelo uso diferenciado que fazem do termo atenção primária à saúde algumas escolas do pensamento sanitário e pela tentativa de se instituir uma concepção positiva de processo saúde/doença em momento de nítida hegemonia de uma concepção negativa de saúde (MENDES, 2002, p.10).

Em síntese, existem três concepções principais de APS: atenção primária seletiva, atenção primária como nível primário do sistema de serviços de saúde e atenção primária como estratégia de organização do sistema dos serviços de saúde (MENDES, 1999, 2002):

- *Atenção Primária Seletiva*: programa destinado às populações e regiões pobres, enfoca um número limitado de serviços e oferece tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal com baixa qualificação profissional e sem referência

[19] VUORI, H. **Primary care in Europe: problems and solutions.** Community Medicine, vol 6, 1984. p. 221-31.

para um nível de atenção de maior complexidade (MENDES, 1999, 2002; OPAS, 2007);

- *Atenção Primária como Nível Primário do Sistema de Serviços de Saúde:* relacionada ao modo de organização e funcionamento do sistema de saúde é compreendida como o primeiro nível de atenção à saúde, ou seja, a porta de entrada ao sistema de saúde, enfatizando a função resolutiva deste nível de atenção (MENDES, 1999, 2002; OPAS, 2007);
- *Atenção Primária como Estratégia de Organização do Sistema dos Serviços de Saúde:* considerada como estratégia de organização de todo o sistema dos serviços de saúde, onde a APS esta articulada ao sistema integrado de serviços de saúde (MENDES, 1999, 2002).

Segundo Mendes (2002), a *Atenção Primária como Estratégia de Organização do Sistema dos Serviços de Saúde* é a concepção adotada pela ESF e a mais adequada para responder às necessidades relacionadas à saúde da população. A este respeito, o autor apresenta a seguinte justificativa:

> [...] é a interpretação mais correta do ponto de vista técnico; é a mais ampla, podendo conter, dentro de sua significação estratégica, as duas outras concepções mais restritas; e é perfeitamente factível e viável no estágio de desenvolvimento do Brasil e com o volume de gasto público em serviços de saúde que, aqui, se despende [...] (MENDES, 2002, p. 11)

No entanto, a APS[20] no Brasil não é contemplada exclusivamente pela ESF, como também por serviços de atenção básica à saúde (ABS), Unidades Básicas de Saúde. Neste sentido, discorrendo sobre a ESF, Pereira (2008, p. 30) destaca:

> [...] a ESF surge em um cenário em que se têm projetos de disputa para a efetiva implementação do SUS[21] com o objetivo de proceder à reorganização das práticas assistenciais em bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência. Este modelo mesmo direcionado pelo SUS, continua em sua maior parte, orientando também o serviço de atenção básica à saúde, ou seja, nas Unidades Básicas de Saúde, quase que exclusivamente voltado à cura de doenças. É um modelo ainda centrado em intervenções de caráter individual e pautado em terapêutica medicamentosa, restringindo-se ao atendimento das demandas sobre as doenças, sem o compromisso de estabelecimento de diálogos entre trabalhador e usuário que valorizem a fala e a escuta [...] visando identificar as reais necessidades e demandas trazidas pelos usuários e também à construção de vínculo entre esses autores.

---

[20] *"No Brasil tem se adotado o termo Atenção Básica em saúde para definir as ações que competem à Atenção Primária à Saúde"* (PEREIRA, 2008, p. 28)

[21] Sistema Único de Saúde – nota nossa.

Deste modo, observa-se que a atenção à saúde no Brasil articula-se em um momento de tentativa de mudança paradigmática. Assim modelos antigos e novos como a ESF coexistem.

1.4. A Estratégia de Saúde da Família e o trabalho em saúde.

As transformações ocorridas na sociedade brasileira, nas décadas de 70/80, em virtude de acontecimentos nos âmbitos social, político e econômico, entre outras coisas, culminou no questionamento por parte da sociedade ao modelo de atenção prestado em saúde, desdobrando-se na mobilização social que ficou conhecida como movimento sanitário (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

> [...] com a crise financeira no setor da saúde, que se expressava na seguridade social e no modelo privatizante, a proposta do Movimento Sanitário apresentava-se como forte reação às políticas de saúde implantadas, além de emergir como uma alternativa concreta para a reformulação do sistema nesse campo. O Movimento Sanitário que remonta aos primeiros anos da Ditadura Militar, difundia um novo paradigma científico com a introdução das disciplinas sociais na análise do processo saúde-doença. Através delas, o método histórico-estrutural passou a ser utilizado no campo da saúde, buscando compreender processos como a "determinação social da doença" e a "organização social da prática médica" (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 390)

O Movimento Sanitário trouxe propostas de novas concepções sobre atuação em saúde a partir das mudanças sobre a forma de concebê-la, dirigindo-a a uma atuação mais humana e acessível. (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

A partir da Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a saúde foi incluída na Constituição do Brasil de 1988, como direito de todos e dever do Estado. Esta Conferência rediscutiu o conceito de saúde questionando, sobretudo, seu *biologismo* e *individualismo* herdado do modelo médico hegemônico – flexineriano -, buscando uma visão mais ampla e dinâmica, sendo esta concebida como um produto social que contempla a ação de diversos determinantes, que fazem parte da vida das pessoas tais como: acesso ao lazer, escola, saneamento básico, trabalho, serviços de saúde, entre outros (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005; SILVA, 2006).

Em 1990, houve a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) como conquista da reforma sanitária. Este novo sistema tem como proposta um modelo assistencial que associa saúde à qualidade de vida, possuindo novos princípios filosóficos e diretrizes

organizativas para a área da saúde (CAMARGO-BORGES, 2007; CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005; SILVA, 2006).

Os princípios filosóficos do SUS são (CAMARGO-BORGES, 2007):

- *Universalidade:* todo cidadão teve ter direito à assistência à saúde e acesso a qualquer tipo de serviço, seja privado ou público, contratado ou conveniado ao SUS;
- *Equidade:* este princípio considera que embora todo indivíduo deva ser igual perante o SUS e atendido em suas necessidades, suas singularidades devem ser respeitadas. *"A equidade é igualdade com justiça"* (CAMARGO-BORGES, 2007, p. 56). Neste sentido, os serviços e ações de saúde devem ser oferecidos de forma igualitária, considerando a realidade local em seu planejamento e ações;
- *Integralidade:* as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, concomitantemente, para prevenção, promoção, cura e reabilitação de indivíduos e comunidades. Os serviços de saúde devem atender o ser humano em seu aspecto biopsicossocial, portanto de forma integral, bem como devem ser estruturados de forma hierarquizada: baixa, média e alta complexidade, tendo o indivíduo acesso aos níveis que necessitar. Assim, a integralidade relaciona-se ao sistema e a pessoa na medida em que preconiza a humanização do atendimento;

As diretrizes organizativas do SUS são (CAMARGO-BORGES, 2007):

- *Descentralização:* vincula-se a transferência de poderes e recursos para mais próximo dos indivíduos favorecendo, assim, a maior participação social na definição de prioridades para a atenção à saúde e aproximando a população dos gestores. Deste modo, há uma gestão única em cada esfera do Governo União/Estado/Município que possui mais autonomia na tomada de decisões.
- *Regionalização:* alocação dos serviços de saúde considerando a oferta de serviços na região e as necessidades da população local;
- *Hierarquização:* estruturação e organização dos níveis de atenção à saúde de acordo com a *complexidade* assistencial;
- *Participação Social:* direito dado a população de poder participar da definição, acompanhamento da execução e fiscalização das políticas públicas de saúde.[22]

[22] Viabilizado através das Conferências de Saúde, Conselhos de Saúde e Comissões Locais de Saúde.

> Vincula-se também às decisões cotidianas dos serviços de atenção à saúde, tornando os profissionais e usuários co-responsáveis na construção da atenção à saúde.

Com a implementação do SUS, a APS no Brasil, sofreu alterações significativas visando, entre outras coisas, concretizar a integralidade das ações e dos serviços de saúde. Neste sentido houve um aumento quantitativo de unidades básicas de saúde e estas mudaram a qualidade do atendimento (MENDES, 2002).

Ao longo do tempo, impulsionadas pela reforma sanitária brasileira, surgiram propostas alternativas ao modelo flexneriano para a organização da APS como a Ação Programática em Saúde, Médico de Família, Defesa da Vida e o Programa de Saúde da Família (PSF).

> Todas essas propostas foram importantes, continuam vigentes, e representam alternativas bem sucedidas de proporcionar atenção primária à saúde de qualidade à nossa população e de concretizar os princípios do SUS. Além de constituírem espaços significativos de desenvolvimento científico e tecnológico. Não obstante, não se institucionalizaram como políticas públicas de corte nacional (MENDES, 2002, p. 28).

Somente em 1994, dentro das diretrizes filosóficas e organizacionais do SUS, o PSF se tornou um ícone da política nacional de APS. A implementação do PSF, como política, visou também à consolidação do SUS e de acordo com o Ministério da Saúde:

> Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.
> Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, eqüidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

O PSF, embora tenha sofrido influência de diferentes modelos de saúde da família, em especial o canadense, o cubano e o inglês, sua origem esta no Programa de Agentes de Saúde (PACS), que ocorreu no estado do Ceará entre 1987 e 1990, como parte do programa de emergência de combate à seca. Este, entre outras ações, visava promoção de saúde realizada por moradores da região onde operavam, e que recebiam treinamento simplificado para tal. (MENDES, 2002; PEREIRA, 2008).

Tomado isoladamente, o PACS constitui uma proposta de atenção primária seletiva, incompatível com os princípios do SUS, já que segundo Mendes (2002, p.28-29):

> [...] sua operacionalização começou a gerar uma demanda por serviços de saúde que deveria ser respondida por tecnologias de maior densidade.

> Percebendo isso, o município cearense de Quixadá [...] desenvolveu uma experiência pioneira de programa de saúde da família que serviu de base para o Ministério da Saúde lançasse [...] como política oficial de atenção primária à saúde, o PSF.

Inicialmente o PSF foi implantado em regiões mais pobres do país visando seguimentos subprivilegiados e atendimento às minorias que não possuíam acesso aos serviços de saúde, buscando assim, a universalização deste acesso, além de responder à tendência mundial de redução de custos na saúde, à redução da medicalização e à humanização dos serviços de saúde prestados (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005; SILVA, 2006).

Em 28 de março de 2006, o Ministério da Saúde editou a Portaria 648/GM, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização de: Atenção Básica, PSF e o PACS (BRASIL, 2006). Esta portaria, como produto de uma revisão de edições anteriores, considera as transformações ocorridas no processo de desenvolvimento da ABS e *"... a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil"* (BRASIL, 2006, p. 01), visando instituir as adequações necessárias à ABS e salientando a necessidade das ações serem orientadas pelos princípios de universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo/continuidade, integralidade, humanização, responsabilidade, equidade e participação social (BRASIL, 2006; PEREIRA, 2008).

A partir desta Portaria, o Programa de Saúde da Família passa a ser concebido como estratégia. Segundo Pereira (2008), este fato não está relacionado a questões semânticas, mas a uma diretriz coerente com a política da ABS. Haja visto que a concepção de programa está relacionada a algo pré-estabelecido e que não pode ser mudado, se tornando eficaz somente em condições externas que possam ser determinadas com segurança. Já a Estratégia, enquanto contraponto, determina o desenvolvimento das ações de acordo com a realidade observada. (MORIN[23], 2003 apud PEREIRA, 2008).

Neste sentido, o documento reafirma os princípios da ESF (BRASIL, 2006; FIGUEIREDO, 2007; FRANCO; MERHY, 1999):

- *Caráter substitutivo:* mudança das práticas de assistência, até então curativistas e reabilitadoras, buscando um modelo centrado na vigilância em saúde que visa, sobretudo à prevenção;

[23] MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução Eloá Jacobina – 10ª. Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. 128 p.

- *Integralidade e hierarquização:* garantia de atenção integral em saúde para os indivíduos, sendo a ESF o primeiro nível desta atenção, tendo o indivíduo o direito, quando houver necessidade, de referência para outros serviços de saúde mais complexos.
- *Territorialização e adscrição da clientela:* organização do serviço em um território de abrangência definido onde há cadastramento, controle e acompanhamento das famílias residentes neste território;
- *Equipe multiprofissional:* a equipe de saúde é composta por, no mínimo, 01 médico generalista, 01 dentista, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem e de 04 a 06 agentes comunitários. De acordo com necessidades locais, outros profissionais podem ser incorporados à equipe ou compor equipes de apoio, bem como pode haver, dependendo da concentração de famílias, mais de uma equipe na Unidade de Saúde da Família.

Além disso, o documento enfatiza: importância das equipes desenvolverem com a população atendida uma relação de vínculo e responsabilização no cuidado e, estimular a participação popular e controle social; a necessidade de formação e capacitação constante da equipe (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde os desafios institucionais da ESF são:

> [...] (1) a expansão e estruturação de uma rede unidades básicas de saúde que permitam a atuação das equipes na proposta da saúde da família; (2) a contínua revisão dos processos de trabalho das equipes de saúde da família com reforço as estruturas gerenciais nos municípios e estados; (3) a elaboração de protocolos assistenciais integrados (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação) dirigidos aos problemas mais freqüentes do estado de saúde da população, com indicação da continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização, flexíveis em função dos contextos estaduais, municipais e locais; (4) ações que visem o fortalecimento das estruturas gerenciais nos municípios e estados com vistas a: programação da atenção básica, supervisão das equipes, supervisão dos municípios, supervisão regional, uso das informações para a tomada de decisão; (5) revisão dos processos de formação, educação em saúde com ênfase na educação permanente das equipes, coordenações e gestores; (6) a definição de mecanismos de financiamento que contribuam para a redução das desigualdades regionais e para uma melhor proporcionalidade entre os três níveis de atenção; (7) a institucionalização de processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação da atenção básica; (8) ações articuladas com as instituições formadoras para promover mudanças na graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde, de modo a responder aos desafios postos pela expansão e qualificação da atenção básica, incluindo aí a articulação com os demais níveis de atenção (BRASIL, 2006, p.03).

Desta forma, a ESF visa alterações significativas da assistência em saúde no Brasil, buscando maximizar a qualidade de atenção à saúde, através de um novo modelo de atuação pautado na saúde coletiva e com uma visão mais social do processo saúde-doença. Objetiva, entre outras coisas, a humanização do atendimento pela mudança na relação estabelecida entre profissionais/pacientes, embasada em uma nova concepção de adoecimento e cuidado, sendo

facilitada pela aproximação dos profissionais na comunidade onde atua e pela participação popular nos núcleos.

Dada a complexidade desta proposta e aos distintos olhares à mesma, grande número de estudos realizados, a respeito, apresentam resultados inconsistentes, divergentes e, algumas vezes, complementares ou contraditórios. Indo desde as bases de estruturação (FRANCO; MERHY, 1999; MISHIMA, 2003; SILVA; TRAD, 2005) até a visão dos profissionais e usuários do serviço (CRACO, 2006; SILVA; TRAD, 2005; TRAD et al, 2002, TRAD; ESPERIDIÃO, 2010) que nestes dois últimos casos, deve-se considerar, também, as singularidades dos processos de cada Unidade/território estudados.

Sobre o trabalho em equipe, um dos princípios da Estratégia, Franco e Merhy (1999, p.03) fazem a seguinte consideração:

> [...] embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, nada garante nas estratégias do PSF que haverá ruptura com a dinâmica medicocentrada, do modelo hegemônico atual. Não há dispositivos potentes para isso, porque o Programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho sob qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos micro-processos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional que, em última instância, é o que define o perfil da assistência.

Trad et al (2002), estudando a satisfação dos usuários em áreas cobertas pela ESF, em municípios do estado da Bahia, identificaram que a relação estabelecida entre os profissionais e os usuários configurou-se de uma forma diferenciada, pautada na atenção e na escuta para com o usuário. Além disso, o fato do médico se dirigir até a casa do paciente fez com mudasse a concepção do usuário sobre este profissional que, anteriormente, era considerado uma figura inacessível.

Em outro estudo em que a autora analisou o processo de humanização da saúde no âmbito da ESF sob a ótica dos usuários do serviço, em seis municípios do Nordeste, foi verificado no discurso dos usuários um reconhecimento do empenho das equipes em fomentar relações mais solidárias, dialógicas e horizontais durante o cuidado. Segundo as autoras, este processo reforça e valoriza a dimensão subjetiva das práticas em saúde, repercutindo como iniciativas de humanização da atenção em saúde (TRAD; ESPERIDIÃO, 2010).

Para que a ESF de fato consiga alcançar seus objetivos, deve haver uma mudança na relação estabelecida entre profissionais e pacientes. Esta mudança perpassa pela posição do usuário do serviço, onde o paciente deve ser visto não como um objeto ao qual se dirige a intervenção pelos profissionais, mas como uma pessoa dentro do processo saúde/doença, com suas vicissitudes e responsabilidades (FRANCO; MERHY, 1999).

No entanto, Craco (2006), em um estudo que buscava compreender as comunicações e ações de usuários e profissionais de um núcleo da ESF, identificou um desencontro na comunicação entre profissionais e usuários do serviço marcado, principalmente, por uma dicotomia entre saber popular e saber técnico, em que existe, por parte dos profissionais, uma desvalorização do saber do paciente e a utilização de uma linguagem codificada e de difícil compreensão à população atendida. Em contrapartida, o estudo identificou um sentimento, pelos usuários de serem atendidos com afeto, respeitando suas necessidades teleológicas e espirituais, o que favorece a criação de vínculo entre pacientes e equipe. Já, com as pessoas das equipes, foram identificadas dificuldades para comunicação, decorrentes da hierarquização das funções e da falta de solidariedade entre os profissionais.

Silva e Trad (2005), investigando a articulação técnica e interação em profissionais de uma equipe da ESF, em um município do estado da Bahia, verificaram que as trocas entre os profissionais acontecem, na maioria das vezes, objetivando atender demandas imediatas que surgem no atendimento direto ao paciente, não sendo observadas evidências de uma busca conjunta da equipe em construir consensos e acordos sobre os problemas de saúde da população assistida. Embora a reunião semanal da equipe seja colocada como um espaço destinado à reflexão conjunta do trabalho, isso só ocorre parcialmente, sendo esta utilizada, na maioria das vezes, para a resolução de problemas de natureza administrativa, ao invés de ser usada como um espaço de elaboração conjunta do planejamento e avaliação das ações, restringindo-se, também, a socialização do que foi programado individualmente pelos profissionais de nível universitário da equipe.

A ESF, em princípio, propõe uma forma de trabalho completamente diferente das quais os profissionais da saúde estão habituados tanto na prática quanto na teoria; são recentes os cursos de graduação, na área da saúde, que discutem estas questões. Frente a esta realidade, deve haver um movimento para a concepção de um paradigma de atuação que contemple as formas de relacionamento do profissional tanto frente aos colegas de trabalho como dentro do contexto do atendimento, na relação com os usuários do serviço.

De acordo com Craco (2006), os profissionais que atuam na ESF devem buscar uma mudança em suas relações conversacionais, sobretudo entre eles, para que de fato consigam realizar um trabalho em equipe.

Para Franco e Merhy (1999), embora haja consciência de que uma das problemáticas da ESF está no modelo assistencial, ou seja, no processo de trabalho, há dificuldades para superá-lo, uma vez que este ainda atua sob a concepção do trabalho medico-centrado,

operando assim, na maioria dos casos, na produção de procedimentos, em detrimento da produção de cuidado e da cura construída na inter-relação membros da equipe e entre estes e a população assistida. Desta forma, os autores consideram necessária uma ação que reorganize o trabalho da equipe.

Segundo Craco (2006), deve haver por parte da equipe uma consciência de que o trabalho nesta estratégia deve ser construído em conjunto, tendo como elementos os próprios problemas enfrentados, ou seja, considerando que o próprio cotidiano de trabalho é um campo para produção e incorporação de conhecimentos. A autora ainda sugere que os profissionais discutam entre si, problemas vivenciados na práxis, visando transformá-los em aprendizado útil, subsidiário à atuação.

Monteiro (2006), estudando o processo de trabalho em uma equipe que atua em HIV/Aids, verificou que, para os profissionais estudados, a racionalidade técnica do trabalho em saúde muitas vezes prejudica a atuação profissional, e que tal percepção só foi possível ao longo do tempo de atuação. Isto sugere, segundo a autora, que a apropriação do trabalho, por parte do profissional permite com que este conceba novas formas de atuação.

De acordo com Mishima (2003), um dos desafios no cenário da saúde é o estabelecimento de estratégias que promovam possibilidades para que os profissionais da saúde se reconheçam no projeto em que estão atuando.

Dejours (1997), discorrendo sobre a teoria da técnica e do trabalho, aponta para a necessidade de se compreender o “real” do trabalho. Segundo o autor, o real do trabalho é o que resiste ao domínio técnico e ao conhecimento científico, “[...] *o real é aquilo sobre o qual a técnica fracassa, depois que todos os recursos da tecnologia foram corretamente utilizados* [...]” (DEJOURS, 1997, p.40). O real não decorre do conhecimento, mas do que esta além do domínio de validade do conhecimento. O real se apreende sobre a práxis.

Todo trabalho se defronta com os limites do saber técnico, do conhecimento e da concepção, e estes só são superados plenamente pela apropriação do trabalho por parte do trabalhador que, por sua vez, cria meios mais adequados de atuar através da utilização da experiência de trabalho como aprendizagem informal (MONTEIRO, 2006).

Segundo Figueiredo (2003), a sistematização da prática informal no processo de trabalho, enquanto conhecimento, dá mais autonomia aos profissionais para torná-los sujeitos ativos no processo de trabalho.

Campos (2007), discorrendo sobre o trabalho em saúde, refere que este, assim como outros, é organizado aos moldes do taylorismo. Ou seja, é regido por teorias construídas a partir de dados empíricos que ganham autonomia em relação à prática profissional. Desta forma, a autonomia e a criatividade dos profissionais são retiradas na prática profissional. Segundo o autor:

> Esse saber ontologizado (não dialético, portanto), além da função político-institucional de concentrar o poder, provoca duplo efeito: o de orientar e ajudar o Sujeito a agir com segurança; mas também o de o cegar para as variações situacionais, dificultando, a experimentação e a invenção (CAMPOS, 2007, p. 172).

Campos (2007) refere que, embora seja impossível construir teorias e acumular conhecimento *"sem um certo grau de ontologização do saber"*, estes não podem aprisionar a prática profissional. Além disto, estes *"seres ontologizados"* se relacionam com as situações cotidianas que os conferem, em algumas circunstâncias, modificações. Embora o autor não desconsidere que as teorias são fundamentais na prática profissional, ele ressalta que estas não podem se sobrepor ao conhecimento adquirido durante a atuação, uma vez que entre outras coisas, esta cristalização da prática profissional imposta pela teoria, subordinada ao modo de produção, aliena o trabalhador de seu trabalho e de si mesmo (CAMPOS, 2007, p. 171-172).

Segundo Dejours (1992), o trabalho se apresenta como elemento estruturante do indivíduo, na medida em que possibilita uma *"atividade subjetivante"*, uma vez que a relação dialética se dá na mútua transformação entre sujeito e objeto. Desta forma, o tornar-se um sujeito ativo no processo de trabalho poderia também trazer motivação para os profissionais que de fato se realizariam no processo de trabalho, favorecendo a saúde mental do trabalhador e a qualidade no atendimento prestado (MONTEIRO, 2006).

Assim sendo, o compartilhamento conjunto deste conhecimento adquirido pela prática pode favorecer a relação da equipe, uma vez que, juntos, os profissionais estariam construindo sua práxis, tornando-se assim sujeitos ativos no processo de trabalho como preconiza a concepção de ESF.

Franco e Merhy (1999, p.06), discutindo o processo de trabalho na ESF, fazem as seguintes considerações:

> Estes novos fazeres, práticas, se materializam em "tecnologias do trabalho", usadas para produzir saúde. Tecnologias, aqui, entendida como o conjunto de conhecimentos e agires aplicados a produção de algo[...] este conhecimento pode estar disperso nas experiências e modos singulares de cada profissional de saúde operar seu trabalho vivo em ato[...] esta função criativa e criadora que pode caracterizar os serviços de saúde[...] se inscreve o "trabalho vivo em ato". Buscar na arena da produção de serviços de saúde é fundamental, os lugares onde se matriciam

> o conhecimento e a forma de potencializá-los para a assistência à saúde é fundamental.

A compreensão dos processos envolvidos entre práxis e aquisição do conhecimento informal poderá subsidiar novas formas de atuação e interação entre os profissionais envolvidos neste processo, podendo também configurar-se como um elemento a mais para propiciar de fato a realização do trabalho em conjunto como preconiza a ESF.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Identificar em profissionais que atuam na ESF elementos para a compreensão das relações estabelecidas entre a prática profissional, a apropriação do conhecimento informal e seu processo de incorporação no cotidiano ao trabalho em saúde.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar como os elementos do processo de trabalho se relacionam na apropriação do conhecimento informal;
- Compreender a relação estabelecida entre conhecimento informal e a apropriação do trabalho;
- Verificar o impacto do conhecimento informal nas relações estabelecidas entre os membros da equipe e entre estes e os usuários do serviço.

3. BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

3. BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

3.1. Referencial Teórico

Este estudo parte da perspectiva da hermenêutica-dialética (MINAYO, 2003, 2004) para compreender as relações estabelecidas entre prática profissional, apropriação do conhecimento informal e seu processo de incorporação no cotidiano do trabalho em saúde.

Para a Psicologia Social, a Medicina Social e a Saúde Coletiva, o processo saúde-doença assume um sentido ampliado de híbrido biopsicossocial, portanto multideterminado. Assim, consideramos que tal concepção permeia a atuação em saúde quer seja por sua afirmação ou negação, acrescida da ideia da centralidade do trabalho na vida das pessoas, vida esta determinada pelo modo de produção vigente. Deste modo, a hermenêutica-dialética apresenta-se como uma das possibilidades de pensar e discutir a temática em questão.

> [...] a hermenêutica e a dialética se apresentam como momentos necessários da produção de racionalidade em relação aos processos sociais e, por conseguinte, em relação aos processos de saúde e doença, constituídos, de forma complexa como um híbrido ou como se realizando pela mediação da cultura. (MINAYO, 2003, p. 104)

Este estudo inscreve-se no campo da Psicologia Social que, segundo Spink (2003), é uma área com múltiplas possibilidades de olhares. A este respeito a autora faz a seguinte consideração:

> A psicologia social, tendo como arena de atuação o complicado meio de campo entre a esfera individual e social, tem necessariamente – pela própria constituição de seu objeto de estudo – esta vocação antropofágica [...] tem evidente vocação interdisciplinar, sendo suas fronteiras permeáveis às contribuições de uma variedade de outras disciplinas afins [...] (SPINK, 2003, p.41)

Tal afirmação corrobora a possibilidade de uma análise hermenêutica-dialética da atuação em saúde.

A Hermenêutica, proposta por Gadamer (1999), preocupa-se, centralmente, com a compreensão dos textos em seus amplos sentidos (verbais/orais). Para o autor, a compreensão é, em princípio, entendimento; e compreender significa uns se entenderem com os outros. Haja vista que, para a hermenêutica, os seres humanos se colocam em movimento interior e relacional para se porem de acordo. A linguagem é concebida como o terreno comum de realização da intersubjetividade e do entendimento, e é marcada pela história e pela cultura.

Assim, sob esta ótica, entender a realidade que se expressa em um texto[24] é também entender o outro, entender-se no outro (MINAYO, 2003).

A dialética, assumiu no transcurso da história da filosofia ocidental diferentes significados mas, a partir da perspectiva marxista, é concebida como uma maneira dinâmica de interpretar o mundo, os fatos históricos e econômicos, assim como as próprias ideias, sob a égide do materialismo-histórico. Metodologicamente, é o estudo da oposição das coisas entre si que sempre se dão por processos. (MINAYO, 2003).

Embora a hermenêutica e a dialética constituam linhas de pensamentos distintas para Habermas (1987)[25] apud Minayo (2003), há a possibilidade de um encontro fecundo, sobretudo em seu ponto de partida: o Homem. E o objeto de análise, em ambas, é a práxis social (MINAYO, 2003).

A complementaridade acompanha as abordagens, pois a dialética considera que o contexto da linguagem não é somente o contexto do consenso, da verdade, mas também da falsidade, uma vez que é atravessado por interesses e por sua imposição, algumas vezes em bases violentas (MINAYO, 2003). Assim, a dialética, introduz à hermenêutica o princípio do conflito e da contradição como constitutivos da realidade e, portanto, essenciais para sua compreensão.

Segundo a perspectiva adotada através da linguagem, em suas múltiplas formas, pode-se interpretar os fenômenos sociais e a forma com que estes se manifestam. No entanto, tal compreensão nunca será completa, pois é conjugada com a intransparência da linguagem, assim como com a parcialidade do pesquisador (MINAYO, 2003).

A unidade temporal da hermenêutica é o presente:

> [...] no qual se marca o encontro entre o passado e o futuro, ou entre o diferente e a diversidade dentro da vida atual, mediada pela linguagem. No entanto [...] nem sempre a linguagem é considerada transparente em si mesma, pois tanto é possível chegar a um entendimento (nunca completo e nunca total) como a um não-entendimeto [...] (MINAYO, 2003, p.84).

A compreensão, dentro desta perspectiva, não se dá através da busca da intenção do autor, pois os discursos enunciam muito mais do que quem os proferiu quis expressar. Assim sendo, é necessário, levar em consideração que cada indivíduo é uma manifestação do viver total *"... portanto, a compreensão, se refere, ao mesmo tempo, ao que é comum, por*

---

[24] O designador texto, neste estudo, tem um sentido amplo, referindo-se a entrevista, falas, livros, artigos dentre outros.

[25] HABERMANS, J. **Dialética e Hermenêutica**. São Paulo: L&PM, 1987.

comparação, e ao que é específico, como contribuição peculiar de cada autor...” (MINAYO, 2003, p.85-86).

Para a hermenêutica-dialética, sujeito e pesquisador fazem parte do mesmo contexto social e histórico, e, portanto, são influenciados por estes, ao mesmo tempo em que os influenciam. Deste modo, o pesquisador não está em uma postura de apreensão da realidade observada, mas de alguém que se posiciona e se relaciona com esta realidade. Realidade esta que tem como cerne as condições históricas. Assim, qualquer manifestação simbólica de linguagem e de trabalho do pensamento erige destas condições (MINAYO, 2003).

Minayo (2003), discorrendo sobre os princípios do método dialético, com base na contribuição de Hegel e do marxismo, refere:

> Cada coisa é um processo, isto é, uma marcha, um tornar-se [...] As coisas, as relações, as idéias se transformam em virtude das leis internas de seu autodinamismo[...] os processos se dão de forma espiral[...] O que vem é uma promessa, poderá ou não acontecer, mas nunca será uma mera repetição[...] Cada coisa traz em si sua contradição, sendo levada a se transformar em seu contrário[...] uma coisa é ao mesmo tempo ela própria e seu contrário. Qualquer coisa que se concretiza é apenas um momento, uma síntese de sua afirmação e de sua negação[...] (MINAYO, 2003, p. 95-96)

Assim, o estranhamento e a crítica se fazem presentes neste estudo. A abordagem adotada[26] não propõe uma técnica de tratamento dos dados, dando subsídios para pensá-los, o que a torna um *“caminho do pensamento”* que procurou, junto com os participantes desse estudo, a *“construção da compreensão e da crítica”* (MINAYO, 2003, p.11).

A discussão dos dados foi pautada no materialismo histórico, levando em consideração a subordinação da ciência à lógica reificada[27] preconizada pelo modo de produção vigente e, consequentemente, à reificação do processo de trabalho em saúde. Neste sentido, estudiosos da Saúde Coletiva Brasileira, que vão ao encontro desta linha de pensamento, subsidiaram a discussão (CAMPOS, 2007, 2011; FRANCO; MERHY, 1999; MERHY, 2000, 2002, 2005, 2007).

---

[26] A hermenêutica-dialética determina autocompreensão do material colhido.

[27] A concepção de reificação, considerada nesse trabalho, é a elaborada por Marx: “*Reificação: é o ato (ou resultado do ato) de transformação das propriedades, relações e ações humanas em propriedades, relações e ações de coisas produzidas pelo homem, que se tornaram independentes (e que são imaginadas como originalmente independentes) do homem e governam sua vida. Significa igual igualmente a transformação dos seres humanos em seres semelhantes a coisas, que não se comportam de forma humana, mas de acordo com as leis do mundo das coisas. A reificação é um caso especial de alienação, sua forma mais radical e generalizada, característica da sociedade capitalista”* GUIMARÃES, A. M. **Dicionário do Pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988. p. 314

3.2. Caracterização do local onde foi realizado o Estudo.

Este estudo foi realizado em um Núcleo da Estratégia de Saúde da Família na cidade de Ribeirão Preto, interior do estado de São Paulo, cuja história nos remete a primeira unidade.

Assim, neste município, no início de 1999 foi criada a primeira unidade de Saúde da Família e, em fevereiro de 2000, a segunda. Nessa época, o cenário das políticas de saúde do município não era propício à implantação da ESF, que não se configurava nas diretrizes técnicopolítica da Secretaria Municipal de Saúde para a ABS (PEREIRA, 2008).

> Essa estratégia de organização da ABS ocorreu por iniciativa de docentes e técnicos da faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com atuação no Centro de Saúde Escola Dr. Joel Domingues Machado, que buscavam criar um ambiente conceitualmente propício à instalação do Programa de Residência em Medicina Geral e Comunitária com ênfase em Saúde da Família que se iniciava vinculado ao Hospital das Clínicas, mas que carecia expandir seu cenário de práticas para além dos limites de um hospital super-especializado (PEREIRA, 2008, p. 89)

Diante dos resultados promissores e do avanço da estratégia, por parte das duas primeiras equipes, que funcionavam sob modelo acadêmico, em 2000, ampla discussão foi realizada envolvendo o gestor municipal e estadual, culminando na celebração de convênios que garantiram o repasse destas secretarias para funcionamento de cinco equipes completas, de acordo com os moldes do Ministério da Saúde (PEREIRA, 2008).

Assim, em agosto de 2001, oficialmente, se deu a implantação da Saúde da Família em Ribeirão Preto, sendo sete equipes qualificadas junto ao Ministério da Saúde (PORTARIA N^{0}. 1201, de 17 de agosto de 2001) (PEREIRA, 2008).

O Núcleo estudado foi criado através de parceria entre: Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto; Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo[28], Hospital das Clínicas da FMRP-USP[29] e, sua Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência[30]. Assim, além da assistência à Saúde da Família, o Núcleo é, também, local de formação de alunos da graduação e pós-graduação tendo, além da equipe mínima, estudantes de diversos cursos na área da saúde.

---

[28] Respectivamente, FMRP-USP, EERP-USP.

[29] HCFMRP-USP

[30] FAEPA.

O Núcleo objeto desse trabalho situa-se no Distrito Sanitário Oeste ou Sumarezinho, em funcionamento há sete anos[31], possuía, em maio de 2008, 647 famílias cadastradas, perfazendo um total de 2.196 pessoas divididas em cinco microáreas. Sendo que 739 destas pessoas possuíam plano de saúde privado. A população atendida é majoritariamente pertencente à classe média e classe média baixa e possui um grande número de pessoas idosas.

Em maio de 2008, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB[32]) do Núcleo registrou 274 atendimentos médicos.

A equipe permanente do Núcleo é composta por uma médica, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, um dentista, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), uma funcionária de apoio administrativo e um estagiário com função de auxiliar administrativo, sendo a coordenação do mesmo feita por uma enfermeira docente da E.E.R.P.-USP. Todos os profissionais trabalhavam em período integral no Núcleo, exceto as pessoas responsáveis pelo trabalho administrativo e a coordenadora.

Há que considerar que, durante o período de coleta de dados, aconteceram algumas alterações na equipe fixa. Uma das auxiliares de enfermagem estava cumprindo aviso prévio, permanecendo somente duas semanas no período da coleta, sendo que no restante desta, o Núcleo contava somente com uma profissional desta categoria. A médica também estava cumprindo aviso prévio, mas permanecia em todo período de funcionamento do Núcleo, exceto às quartas-feiras[33] no período da manhã. A coordenação do Núcleo foi substituída no meio da coleta de dados, uma vez que a coordenadora inicial pediu afastamento por questões profissionais.

Tais mudanças pareceram ter alterado a dinâmica interna da equipe, principalmente se considerarmos que esta mantinha um bom vínculo com a coordenação e com a médica.

---

[31] O Núcleo foi criado em 2001, portanto quando se deu a coleta de dados este possuía 07 anos de funcionamento.

[32] SIAB: banco de dados (Software) que armazena as informações relacionadas à Estratégia da Saúde da Família assim, todas as atividades e procedimentos realizados são registrados neste. Através desses dados são repassados os incentivos financeiros aos municípios e, estes, auxiliam no diagnóstico de saúde das comunidades e na visualização dos resultados sócio-sanitários alcançados (BRASIL, 2005).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 21 de 05 de janeiro de 2005. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2005/portaria21.pdf, acesso em 03 de novembro de 2009.

[33] Dia e período em que foram realizados os Grupos Focais.

Além da equipe permanente, o Núcleo também possuía residentes de Medicina da Família, estagiários dos cursos de medicina, enfermagem, odontologia, nutrição e terapia ocupacional da USP, além de pós-graduandos de diversos cursos da mesma Instituição que realizavam estudos que contemplavam observações e, alguns, atividades práticas. Todos estes permaneciam no Núcleo por período pré-determinado.

A supervisora do estágio de terapia ocupacional, embora não fosse da equipe permanente, participava assiduamente das reuniões de equipe com atitude ativa nas discussões de casos clínicos que envolviam, sobretudo, questões de saúde mental.

Foi observado que o Núcleo desenvolve, basicamente, três modalidades de ações/atividades, que Craco (2006, p.102-103) definiu como: *Ações/Atividades Individuais; Ações/Atividades Grupais Internas* e *Ações/Atividades Coletivas Externas.*

As *Ações/Atividades Individuais* desenvolvidas pelo Núcleo são: atendimento médico, de enfermagem e odontológicos, além do Acolhimento que é realizado por todos os membros da equipe, inclusive os estagiários. As *Ações/Atividades Grupais Internas* são complementares às *Individuais* e, no período de observação, compreenderam: Grupo de Hipertensão, Consultoria Psiquiátrica, Grupo de Reeducação Alimentar, Grupo de Estilo de Vida Saudável e Grupo de Tai Chi Chuan[34].

Embora a atividade de Consultoria Psiquiátrica tenha sido classificada, nesse estudo, como *Ações/Atividades Grupais Internas*, esta foi considerada como uma atividade grupal por compreender vários membros da equipe e não vários usuários do Serviço. Esta atividade era realizada, semanalmente, por um profissional, vinculado ao H.C.F.M.R.P.-USP, e compreendia o atendimento psiquiátrico de usuários, observado pelos estagiários e membros da equipe vinculados às famílias destes. Após o atendimento, o grupo era orientado quanto ao manejo do caso e, quando necessário, discutiam os sentimentos suscitados pelo acompanhamento.

As *Ações/Atividades Coletivas Externas*, realizadas no Núcleo no período de observação, compreenderam: atendimento de cadastramento e visitas domiciliares às famílias cadastradas, organização e participação de Festa de Dias das Mães com os usuários que participavam do Grupo de Tai Chi Chuan, além da organização e participação da Festa Junina

[34] Realizado como parte da pesquisa de um pós-graduando vinculado à EERP-USP. O grupo em questão tinha como objetivo melhorar o equilíbrio de usuários do Núcleo pertencentes à Terceira Idade.

realizada pelos profissionais do Núcleo, conjuntamente com os moradores da área de abrangência deste.

Há que considerar que as atividades/ações acima descritas, desenvolvidas no Núcleo, são alteradas constantemente, haja vista que baseiam-se nas necessidades da comunidade.

Além destas atividades, a rotina do Núcleo abarca, também, Reuniões de Equipe que eram realizadas, diariamente no período da manhã, e tinham duração aproximada de uma hora. Estas reuniões objetivavam:

- Discutir os casos e as famílias em acompanhamento (realizadas de segunda à quarta-feira);
- Apresentação e acompanhamento de Projetos de Pesquisa desenvolvidos no Núcleo (realizadas de quinta-feira);
- Discutir questões de ordem administrativa vinculadas, sobretudo à estruturação e ao funcionamento do serviço. Excepcionalmente, estas reuniões, tinham a participação da coordenadora e duração de três horas, sendo realizadas às sextas-feiras.

3.3. Procedimento.

Este estudo foi realizado em duas fases:

A. Com o intuito de estabelecer condições para uma participação ativa e o consentimento dos profissionais convidados para colaborar no trabalho, foi dada uma grande importância à realização de um contato preliminar com os participantes da pesquisa. Assim, foi feita, no início, uma apresentação oral do Projeto de Pesquisa a todos os profissionais do Núcleo envolvido, com objetivo de verificar a viabilidade do Projeto e sanar eventuais dúvidas.

B. Após consentimento dos profissionais em participar e aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa, da entidade estudada, a pesquisadora retornou ao Núcleo e iniciou a observação participante convidando, durante esta atividade, os profissionais a participarem das entrevistas. Neste momento, a pesquisadora colocou-se, novamente, à disposição para esclarecer possíveis dúvidas e, conjuntamente com os profissionais, agendar e realizar os grupos.

Esse estudo, de natureza qualitativa, partiu dos relatos dos participantes obtidos através de entrevistas individuais semiestruturadas e da participação em grupos focais, acrescidas por impressões obtidas via observação participante.

3.3.1. Observação Participante

Inicialmente, foram realizadas observações participantes no cotidiano do trabalho estudado, visando adquirir algumas impressões, que foram anotadas em um diário de campo e que, além de contemplar a rotina observada, complementaram a coleta de dados.

No trabalho de campo da pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2004), a observação participante pode ser considerada parte fundamental, sendo, para muitos pesquisadores, não apenas uma estratégia no conjunto da investigação, mas um método em si mesmo.

Neste estudo, a postura da pesquisadora na observação foi compatível à definição de "*Participante-Total*", proposta por Minayo (2004, p.141):

> [...] entendemos o Status do pesquisador que se propõe a participar inteiramente, "como nativo" em todas as áreas da vida do grupo que pretende conhecer. Isto, significa na prática "representar com sucesso papéis exigidos no cotidiano" [...]

Deste modo, a pesquisadora não só observou todas as atividades desenvolvidas no Núcleo, mas também participou em algumas atividades como: atendimento de recepção aos usuários (pessoalmente ou por telefone); agendamento de consultas; entrega de exames; auxílio no arquivamento de prontuários e na organização da cozinha; e emissão de opiniões nas discussões de casos clínicos, participando de todas as atividades que lhe eram solicitadas ou percebendo a necessidade de auxílio.

Segundo Minayo (2004), quanto maior a participação do observador, maior é o envolvimento com o grupo estudado que, por um lado, pode prejudicar a observação, à medida que favorece maior subjetividade. No entanto, pode propiciar melhor compreensão da dinâmica do grupo e das relações estabelecidas neste.

As anotações no diário de campo constaram de observações descritivas e reflexivas. As observações descritivas referiram-se às atividades observadas e aos diálogos estabelecidos entre os profissionais; já as reflexivas contemplaram as impressões da pesquisadora sobre o que observava e os sentimentos suscitados por estas observações.

As observações foram realizadas durante um período de três meses (abril a julho de 2008) e contemplaram todos os períodos de funcionamento do Núcleo (07 às 12 horas; 14 às 17 horas), sendo distribuídas da seguinte forma: na primeira semana, foi observada a rotina de segunda, quarta e sexta-feira; na segunda semana, a observação foi de terça e quinta-feira. E, nesta seqüência, foram realizadas as observações das semanas posteriores; perfazendo 264 horas de observação.

3.3.2. Entrevistas.

Segundo Minayo (2004), a entrevista, conjuntamente com a observação participante, é a técnica mais utilizada no trabalho de campo das pesquisas qualitativas. Discorrendo sobre a técnica da entrevista a autora faz as seguintes ponderações:

> [...] a entrevista como fonte de informação fornece dados secundários e primários, referentes, segundo Jahoda[35], a "fatos, idéias, crenças, maneiras de pensar; opiniões,

[35] JAHODA, M. et all. **Research Methods in Social Relation.** New York: Dryden Pess, 1951. p.152.

> sentimentos, maneiras de sentir; maneiras de atuar; conduta ou comportamento presente ou futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos maneiras de atuar ou comportamentos (1951, 152) (MINAYO, 2004, p.108).

Embora existam várias formas de entrevistas estas podem ser definidas em: *estruturadas, semiestruturadas* e *nãoestruturadas*. As *entrevistas estruturadas* partem de um roteiro, previamente, elaborado; as *nãoestruturadas*, também chamadas de *abertas*, deixam o informante discorrer livremente sobre uma determinada temática e; as *entrevistas semiestruturadas*, geralmente, combinam perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado discorre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo entrevistador (MINAYO, 2004).

Nessa investigação, optou-se por utilizar entrevistas individuais, semiestruturadas, áudiogravadas e realizadas segundo procedimentos de *evocação-enunciação-verificação* que de acordo com Figueiredo (1998, p.56):

> [...] consiste em fazer com que o sujeito apresente enunciados sobre o objeto da entrevista com base em conteúdos que ele próprio suscita, o que possibilita diminuir os efeitos da indução ou da interferência do entrevistador.

Esse processo de entrevista se desenvolveu em três etapas:

A. ***Evocação:*** Após rapport com o profissional, onde foram discutidas questões sobre a pesquisa e sua participação; consentimento informado e adesão espontânea, pediu-se ao participante que refletisse por um tempo determinado (aproximadamente dois minutos) sobre o que considera mais relevante a respeito do fenômeno que é objeto de estudo da seguinte forma:

"Antes de começarmos a entrevista, gostaria que você pensasse um pouco, em silêncio, sobre o que iremos conversar: sobre como suas experiências de vida e as vivencias no seu trabalho aqui te ajudam, ou não a fazer o seu trabalho, ou seja te ajudam a trabalhar. Quando terminar me avise e assim começaremos. Tudo bem?".

***B. Enunciação*:** Após o profissional ter pensado o que lhe foi solicitado, foi entregue ao mesmo papel e caneta, e pediu-se que escrevesse, com as próprias palavras, o que de mais importante havia pensado na etapa anterior. Nas situações onde o participante manifestou dificuldade em escrever, a entrevistadora sugeriu que o participante ditasse para ela escrever por ele. Nesta etapa a entrevistadora falou da seguinte forma:

"Agora gostaria que você escrevesse, com suas próprias palavras, o que de mais importante você pensou sobre o que eu te pedi anteriormente. Escreva da forma que

considerar melhor, ou seja, por extenso, por tópicos ou de qualquer outra forma, sinta-se à vontade quanto à escrita."

C. *Averiguação*: Uma vez recolhidos os enunciados, a entrevistadora iniciou a entrevista propriamente dita, e com consentimento do participante, feito no rapport, acionou o gravador. Esta etapa consistiu na verificação e discussão dos conteúdos evocados na primeira fase, visando esclarecer os aspectos pouco específicos dos conteúdos emitidos pelos profissionais.

"Agora iremos conversar sobre o que você escreveu. Conforme combinamos, esta parte da conversa será gravada para que eu não esqueça nenhum detalhe importante do que você me disser. Caso haja alguma parte que você não queira que eu grave me avise, pois eu interrompo a gravação e só retorno a gravar quando você me autorizar. Vamos começar?"

3.3.3. Grupos Focais.

Historicamente, segundo Morgan (1998), a técnica do grupo focal passou por três fases distintas delineadas por: década de 20, da Segunda Guerra Mundial à década de 70 e finalmente, dos anos 80 até o presente. Inicialmente, esta técnica foi utilizada, sobretudo, para o desenvolvimento de questionários de pesquisa de opinião (BORGES; SANTOS; BALIERO, 2005; MORGAN, 1998). Durante a Segunda Guerra Mundial, os grupos focais foram usados para examinar os efeitos persuasivos da propaganda política, avaliar a eficácia do material de treinamento de tropas e os fatores que afetam a produtividade nos grupos de trabalho. No pós Guerra, tornou-se um instrumento valioso entre os profissionais/pesquisadores de marketing, em decorrência de seu baixo custo e rapidez com que fornece dados válidos e confiáveis sendo, no entanto, ignorado pelos pesquisadores universitários (CARLINI-COTRIM, 1996; GONDIM, 2003; MORGAN, 1998). A partir dos anos 80, os grupos focais passaram a ser utilizados por vários profissionais e acadêmicos no desenvolvimento de pesquisas em saúde, educação em saúde, implementação e avaliação de programas, entre outras. Há que se ressaltar que, na atualidade, os grupos focais têm sido internacionalmente empregados na estruturação de ações em Saúde Pública (BORGES; SANTOS; BALIERO, 2005; CARLINI-COTRIM, 1996; MORGAN, 1998).

Morgan (1997) define grupos focais como uma técnica de investigação que coleta dados por meio de interações grupais através da discussão de uma temática, sugerida pelo pesquisador/moderador do grupo. Embora a noção de grupos focais esteja apoiada no desenvolvimento das entrevistas focais, sua diferenciação se dá na medida em que os grupos focais não partem de uma relação diática entrevistador grupal e participante, mas sim da relação estabelecida entre os membros do grupo, onde o moderador assume uma posição de facilitador da discussão: *"... sua ênfase está nos processos psicossociais que emergem, ou seja, no jogo de interinfluências da formação de opiniões sobre um determinado tema"* (GONDIM, 2003, p.151). A unidade de análise do grupo focal é o próprio grupo e, mesmo que somente um participante do grupo esboce uma opinião, esta é interpretada como do grupo (GONDIM, 2003, p.151).

Segundo Gondim (2003), embora o grupo focal se inscreva entre as técnicas qualitativas em pesquisa, na atualidade inúmeros esforços têm sido dirigidos no intuito de ajustá-la às exigências das pesquisas quantitativas. No entanto, neste trabalho a opção metodológica do grupo focal vinculou-se a sua natureza qualitativa e ênfase aos processos psicossocias que surgem no processo grupal. Deste modo, a unidade de análise do grupo foi o próprio grupo, considerando seus determinantes históricos e sócioculturais.

Minayo (2004), discorrendo sobre a utilização dos grupos focais em pesquisas na área da saúde, faz as seguintes considerações:

> O grupo focal consiste numa técnica de inegável importância para se tratar de questões da saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população (MINAYO, 2004, p.129)

Existem três tipologias de grupos focais determinadas pelo uso isolado ou concomitante de outros métodos de pesquisa que Morgan (1997) definiu como: *grupos auto-referentes* utilizados como principal fonte de dados da investigação; *grupos focais como técnica completar* - o grupo serve como estudo preliminar na avaliação de programas e construção de questionários e escalas e; o *grupo focal como proposta múlti métodos qualitativos* - nesta tipologia, há a integração dos dados obtidos via grupo focal com os da observação participante e da entrevista (CARLINI-COTRIM, 1996; MORGAN, 1997).

Discorrendo sobre a técnica do grupo focal, Minayo (2004) conclui:

> Além de sua importância pelo aprofundamento qualitativo de questões socializáveis e pela possibilidade de comparação com grupos semelhantes e distintos, reforçamos

> o papel complementar das discussões de grupo[36]. Junto com o uso de histórias de vida, das entrevistas abertas ou semi-estruturadas e da observação participante, o pesquisador constrói uma séria de possibilidades de informações que lhe indicam se seu caminho está correto. É a triangulação na coleta de dados. (MINAYO, 2004, p.130)

Neste estudo, optou-se pela utilização do *grupo focal como proposta múlti métodos qualitativos* por propiciar a observação dos processos psicosociais no interior do grupo e possibilitar a integração com outras técnicas de investigação, favorecendo a ampliação do processo investigado.

Foram realizados três grupos focais no Núcleo e todos os membros da equipe fixa foram convidados a participar. Os grupos foram áudiogravados e, posteriormente, transcritos (Apêndice E).

Os grupos tiveram freqüência mensal e duração média de 60 minutos. No início de cada grupo o pesquisador colocou uma questão central a ser discutida pelos participantes e, durante o mesmo, buscou promover a participação de todos na discussão visando a criação de idéias e opiniões espontâneas. Os temas centrais colocados pelo pesquisador foram:

Quadro 1: Temas centrais dos Grupos Focais.

Grupo	Tema
Gp1	A prática no ESF e experiências de vida.
Gp2	O usuário do serviço e a atuação profissional.
Gp3	Os colegas de trabalho e atuação profissional.

[36] De acordo com Minayo (2004) os grupos focais também são conhecidos como *discussões de grupo*. No entanto, vale considerar que *discussão de grupo* é distinto de *grupos de discussão*. O *grupo de discussão* é uma técnica analítica embasada na lingüística, psicanálise e sociologia que visa a interpretação dos conteúdos latentes das opiniões sociais (GONDIM, 2003).

Para maior compreensão dos *grupos de discussão* ver: IBAÑEZ, J. Más Allà de la sociologia. **El grupo de discusión:** técnica y crítica. Madri: Siglo XXI de España Editores, S.A., 1986.

3.4. Tratamento dos dados.

3.4.1. Entrevistas

Esse estudo partiu da análise dos conteúdos dos depoimentos dos participantes emitidas nas entrevistas que foram áudiogravadas e transcritas integralmente (Apêndice D), preservando todas as características dos depoimentos.

Esse trabalho partiu da perspectiva da Hermenêutico-Dialética, que não propõe uma técnica para o tratamento dos dados, mas sim dá subsídios para pensá-los (MINAYO, 2003). No entanto, foi realizada na análise das entrevistas uma Categorização Temática no sentido de permitir melhor visualização dos resultados.

A análise de conteúdo das transcrições das entrevistas foi realizada com base no destaque de conteúdos temáticos *a posteriori*, identificados a partir de sínteses, fundamentadas em análises sucessivas, realizadas em diferentes fases. O Quadro 2 apresenta esquematicamente este processo.

Quadro 2: Fases da Análise de Conteúdos

TRANSCRIÇÃO DO MATERIAL*	
PRIMEIRA FASE (PARTICIPANTES)	**A. LEITURA INICIAL**
	B. MARCAÇÃO
	C. CORTE
	D. NOTAÇÃO
	E. PRIMEIRA JUNÇÃO*
	F. PRIMEIRA SÍNTESE
SEGUNDA JUNÇÃO**	
SEGUNDA FASE (CONTEÚDOS)	**G. LEITURA INICIAL**
	H. ORGANIZAÇÃO
	I. NOTAÇÃO
	J. SEGUNDA SÍNTESE

*Conteúdos relacionados a várias Categorias, no mesmo participante.
**Conteúdos de vários participantes, em uma mesma Categoria.
(FIGUEREDO, 2007)

PRIMEIRA FASE: realizada sobre as transcrições das gravações das entrevistas. Nesta fase, a junção para a síntese se efetuou partindo de conteúdos comuns dentro de uma mesma entrevista e compreendeu:

A. Leitura Inicial: foi realizada uma série de leituras em profundidade onde, buscou-se identificar alguns trechos preliminares, relativos às Categorias Temáticas tratadas nas entrevistas.

B. Marcação: alguns trechos das transcrições foram selecionados, destacando os conteúdos correspondentes às Categorias Temáticas, além de outros conteúdos julgados significantes.

C. Corte: os trechos selecionados foram retirados do texto e dispostos em protocolos especiais, permitindo notações e observações marginais para a análise de conteúdos.

D. Notação: observações marginais foram realizadas sobre cada um dos trechos, comentando-os e localizando-os na leitura e no contexto das entrevistas.

E. Primeira Junção: os trechos recortados e suas respectivas notações foram agrupados por participante, visando a primeira síntese.

F. Primeira Síntese: as observações marginais serviram de referencial para a organização dos dados em uma segunda junção, onde foram agrupados os trechos dos participantes, incluindo-os em Categorias Temáticas (Apêndice A).

SEGUNDA FASE: realizada sobre a Segunda Junção, referindo-se aos conteúdos comuns às várias sessões de entrevistas. Compreenderam as seguintes etapas:

G. Leitura Inicial: semelhante à fase anterior, compreendeu uma série de leituras em profundidade, onde foram identificados trechos para as análises preliminares, agora por Categorias Temáticas.

H. Organização: os trechos selecionados foram agrupados e classificados em subcategorias, ou seja, segundo conteúdos específicos de uma das Categorias Temáticas, em particular.

I. Notação: tomando um protocolo de notação semelhante ao utilizado na primeira fase, as notações anteriores foram ampliadas e relacionadas entre si, dentro de uma mesma Categoria Temática.

J. Segunda Síntese: finalmente, de posse dos resultados da Segunda notação, uma Segunda síntese foi realizada, considerando os processos conjugados de todos os subgrupos estudados (Apêndice B).

3.4.2. Grupos Focais

Os grupos foram gravados e, posteriormente, transcritos (Apêndice E); suas análises se deram, inicialmente, por uma leitura que objetivou adquirir uma ideia geral dos temas discutidos nos grupos. Posteriormente, foram realizadas leituras repetitivas com o intuito de perceber os pontos centrais dos temas enfocados.

Esse estudo partiu das entrevistas como eixo central da discussão; os dados obtidos via Grupos Focais foram utilizados para complementar e contrapor os dados das entrevistas e observações participantes. Assim, a apresentação de seus resultados não se deu por Categorização Temática como nas entrevistas (Apêndice C)

3.5. Participantes do Estudo

Todos os profissionais que trabalhavam no Núcleo estudado foram convidados a participar desse estudo. No entanto, a participação destes foi diferenciada de acordo com o procedimento da coleta de dados.

3.5.1. Entrevistas

Um profissional de cada categoria foi convidado a participar das entrevistas individuais. Sendo que, no caso dos ACS e auxiliares de enfermagem, que eram as únicas categorias profissionais que contavam com mais de um profissional, foi convidado a participar o que possuía maior tempo de trabalho no Núcleo; o quadro abaixo demonstra o perfil de cada participante da entrevista.

Quadro 3: Perfil dos participantes da entrevista individual.

Participante Nome*	Idade (anos)	Estado Civil	Categoria Profissional	Tempo total de trabalho	Tempo de trabalho no Núcleo
P1 Maria	55	casada	ACS	15 anos	07 anos
P2 Graça	40	solteira	Auxiliar de Enfermagem	08 anos	07 anos
P3 Rosinha	31	casada	Enfermeira	08 anos	07 anos
P4 Jessica	31	casada	Médica	08 anos	02 anos
P5 João Pedro	46	casado	Dentista	22 anos	07 anos

* Visando preservar a identidade dos participantes das entrevistas estes escolheram nomes fictícios.

3.5.2 Grupos Focais

Foram convidados a participar dos grupos, somente os membros da equipe fixa de saúde: 01 médico de saúde da família, 01 enfermeiro, 02 auxiliares de enfermagem, 01 dentista e 05 agentes comunitários. O quadro abaixo demonstra o perfil dos participantes dos grupos focais.

Quadro 4: Participação dos profissionais nos grupos.

	Médico	**Enfermeiro**	**Auxiliar de Enfermagem**	**Dentista**	**ACS**	**Σ**
Grupo 1	0	01	0	01	04	06
Grupo 2	0	01	0	01	04	06
Grupo 3	0	01	01	0	05	07
Σ	**0**	**03**	**01**	**02**	**13**	**19**

No primeiro grupo focal realizado, que teve como tema central *"A prática no ESF e experiências de vida"*, o perfil dos seis participantes pode ser visualizado no quadro abaixo:

Quadro 5: Perfil dos participantes do Primeiro Grupo Focal

Participante Nome*	**Idade (anos)**	**Estado Civil**	**Categoria Profissional**	**Tempo total de trabalho**	**Tempo de trabalho no Núcleo**
P1 Maria	55	casada	ACS	15 anos	07 anos
P3 Rosinha	31	casada	Enfermeira	08 anos	07 anos
P5 João Pedro	46	casado	Dentista	22 anos	04 anos
P6 Ana	41	casada	ACS	23 anos	04 anos
P7 Aline	57	solteira	ACS	39 anos	05 anos
P8 Carlos	49	casado	ACS	23 anos	04 anos

* Visando preservar a identidade dos participantes os mesmos escolheram nomes fictícios.

No segundo grupo, que teve como tema central *"O usuário do serviço e a atuação do profissional"*, o perfil dos seis participantes encontra-se no quadro abaixo:

Quadro 6: Perfil dos participantes do Segundo Grupo Focal

Participante Nome*	Idade (anos)	Estado Civil	Categoria Profissional	Tempo total de trabalho	Tempo de trabalho no Núcleo
P1 Maria	55	casada	ACS	15 anos	07 anos
P3 Rosinha	31	casada	Enfermeira	08 anos	07 anos
P5 João Pedro	46	casado	Dentista	22 anos	07 anos
P7 Aline	57	solteira	ACS	39 anos	05 anos
P8 Carlos	49	casado	ACS	23 anos	04 anos
P10 Neuza	42	casada	ACS	28 anos	05 anos

* Visando preservar a identidade dos participantes os mesmos escolheram nomes fictícios.

O perfil dos sete participantes do terceiro grupo focal, que teve como tema central *"Os colegas de trabalho e a atuação profissional"*, pode ser visualizado no quadro abaixo:

Quadro 7: Perfil dos participantes do Terceiro Grupo Focal

Participante Nome*	Idade (anos)	Estado Civil	Categoria Profissional	Tempo total de trabalho	Tempo de trabalho no Núcleo
P1 Maria	55	casada	ACS	15 anos	07 anos
P3 Graça	40	solteira	Auxiliar de Enfermagem	08 anos	07 anos
P3 Rosinha	31	casada	Enfermeira	08 anos	07 anos
P6 Ana	41	casada	ACS	23 anos	04 anos
P7 Aline	57	solteira	ACS	39 anos	05 anos
P8 Carlos	49	casado	ACS	23 anos	04 anos
P10 Neuza	42	casada	ACS	28 anos	05 anos

* Visando preservar a identidade dos participantes estes escolheram nomes fictícios.

3.6. Aspectos Éticos.

Após aprovação da Comissão de Ética do Centro de Saúde Escola da F.M.R.P.-USP, ao qual o Núcleo é vinculado, teve início a coleta de dados. (Anexo 1)

Iniciando as observações, os profissionais foram, formalmente, convidados a participar e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo2), após serem informados sobre a forma em que se daria sua participação na pesquisa; a natureza e objetivo do estudo; os procedimentos e riscos envolvidos; o sigilo em relação às informações obtidas e; a possibilidade de desistirem a qualquer momento de sua participação no estudo.

Esse estudo respeitou as diretrizes estabelecidas pela resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.

Estaremos abordando, nesta parte do trabalho, as Categorias obtidas nas entrevistas como eixo central. No entanto, este processo de discussão pauta-se na tentativa de um diálogo entre dados das entrevistas, grupos focais, observação participante e literatura a respeito. Nessa exposição, a narrativa se configurou como uma possibilidade de mostrar aos leitores o *"caminho do pensamento"* da autora.

A análise de conteúdos dos depoimentos, obtidos via entrevistas, permitiu a identificação de algumas Categorias Temáticas: *Competência Técnica, Apropriação, Contraponto* e *Equipe,* que nomearão os subitens subsequentes.

4. 1. A Competência Técnica: fetichizada e mutável.

A *Competência Técnica* esta relacionada à racionalidade do trabalho em saúde e, neste estudo, compreendeu conteúdos voltados à sua execução formal, a limites da formação acadêmica e à especialização do trabalho. Deste modo, três subcategorias foram identificadas: *Instrumental, Limites da Formação* e *Racionalidade Técnica*.

Os conteúdos da subcategoria *Instrumental* estão relacionados aos recursos utilizados pelos profissionais para fazer frente às questões operacionais que surgem durante o trabalho.

Dejours (1997), discorrendo sobre as teorias da ação humana, sobretudo os estudos de Habermas[37], refere que o agir instrumental é orientado para um fim a ser atingido no mundo das coisas, (neste caso no mundo do trabalho), e está submetido à racionalidade instrumental (cognitivo-instrumental).

Foi observado que a prática instrumental vincula-se a um interminável processo de aprendizagem técnica que pode, também, derivar das relações estabelecidas tanto com os usuários do serviço como com os estudantes que freqüentam o Núcleo:

> *... tem um seminário... sobre puericultura... saúde da mulher... nem tudo você sabe... Então, como orientar a família... a mulher de acordo com a faixa etária... exames que precisam ser feitos... são essas coisas do nosso cotidiano... fui ao médico ele me pediu um exame assim... você vai aprendendo com ele também* (refere-se ao usuário)... *Pra que serve aquele tipo de*

[37] HABERMAS, J. **Théorie de l' agir communicationnel.** Paris: Fayard, 1989. 2t.

> *exame, pra que quê é aquela medicação que ele deveria estar tomando para determinada doença instalada...* (Maria, 1.3, ACS)
>
> *... quando nós fazíamos cursos... fizemos psicodrama, uma série de outros... O trabalho... era... mais gostoso de ser desenvolvido... você muda o seu pensamento, a lógica em cima daquilo que você tá vendo... começa a olhar de uma outra forma... participei de um grupo de T.O. durante uns 6 meses, é uma coisa diferente... acrescenta no aprendizado...* (Graça, 2.7, auxiliar de enfermagem)
>
> *.. ter estudantes na Unidade... provoca mais a gente, na questão aí da gente buscar... eles questionam... trazem coisas novas... coisa que a gente já estudou de um jeito e as coisas vai mudando e a gente, às vezes, não vai atrás de tudo... a Educação Continuada, com temas que a equipe discute... mesmo questões que são técnicas e que parecem que não mudam... Mudam..... o usuário levanta... questões e muitas situações de atendimento que fazem a gente pensar que... tem que estudar mais aquilo... refletir mais sobre aquilo... Em momentos de atendimento mesmo...* (Rosinha, 3.1, enfermeira)

A forma como os profissionais se apropriam das relações que estabelecem no sentido de atingir a finalidade material de seu trabalho parece enquadrar-se no que Dejours (1997) denomina de agir instrumental teleológico: "*mesmo que vise em primeiro lugar a uma finalidade do mundo objetivo, afeta frequentemente, se não sempre, as pessoas e, por isso, tem incidências morais práticas* (DEJOURS, 1997, p.68).

Cecílio (2007), refletindo sobre o conceito de trabalhador moral na saúde, refere que este é aquele que fará adesão automática a conceitos, modos de organizar o cuidado e fazer gestão mais "*participativos e democráticos*" embasados nas propostas da Reforma Sanitária. O trabalhador moral, nesta perspectiva, orienta sua prática no agir instrumental teleológico. No entanto, para Cecílio (2007):

"*O trabalhador moral seria, então, aquele trabalhador ideal(izado) prescrutado pelo grande olho (o "coletivo") que tudo vê, que tudo avalia, que tudo controla, que tudo sabe, em nome de uma necessária "publicização" das relações organizacionais*." (CECÍLIO, 2007, p.346).

O trabalhador moral seria a-histórico, desterritorializado e pronto para orientar suas práticas embasadas na definição dos dirigentes da organização, mas com certa autonomia para criar seu trabalho de acordo com os princípios pré-determinados pela gerência e convergentes com a atenção em saúde pautada nas propostas da Reforma Sanitária. Assim sendo, Cecílio (2007) conclui que esta definição de trabalhador moral não esta adequada à realidade, sobretudo se for levado em consideração os arranjos institucionais. Deste modo, o autor, embasado em Merhy (2002), substituí a definição de trabalhador moral para uma mais realista.

> [...] somos e não somos sujeitos. Ou melhor, somos sujeitos que sujeitam em certas situações, e somos sujeitos que se sujeitam em outras [...] Instituídos e instituintes

> [...] Parto do princípio que somos, em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir protagonizando processos novos como força de mudança. Mas, ao mesmo tempo, sob outros recortes e sentidos, somos reprodutores de situações dadas. Ou melhor. Mesmo protagonizando certas mudanças, muito conservamos (Merhy, 2002, p.14-5).

Nesse estudo, consideramos que o agir instrumental tem incidências morais práticas, pois é um agir que não visa somente a "mudança" do trabalho, ou seja, seu aprimoramento dentro de uma racionalidade instituída, mas também porque busca a melhoria do cuidado prestado, relacionando-se dialeticamente com as propostas da reforma sanitária mesmo que, em alguns momentos, persevere no instituído, enseja instituintes.

A percepção da mutabilidade da técnica e, conseqüentemente, da necessidade constante de atualização no sentido *Instrumental* parece derivar da organização singular do Núcleo que está vinculada a uma Universidade. Deste modo, a relação com os estudantes favorece esta percepção. As questões psicossociais dos usuários, vinculadas à atuação, também demonstraram associar-se ao *Instrumental* do trabalho, como pôde ser observado no depoimento de Graça.

Monteiro (2006), estudando o processo de trabalho em saúde, a partir de uma equipe especializada no atendimento em HIV/Aids, verificou que embora os profissionais tenham privilegiado, em suas reflexões, os aspectos psicossociais que envolvem a atuação, a dicotomia entre habilidade técnica e competência social ainda se fazia presente. Todavia, tal dicotomia se apresentou com configurações diferentes, pois não havia a negação dos aspectos psicossociais que envolvem a atuação, mas sim um sentimento de inaptidão para supri-los.

Nesse estudo há, por parte dos profissionais, a valorização dos aspectos psicossociais que envolvem o cuidado. No entanto, foi observada a necessidade de uma formação técnica para atuar sobre os mesmos. Tal fato parece estar vinculado à racionalidade da ciência, onde a técnica cristalizada sempre prevalece e a sensibilidade social do profissional só pode ser utilizada, na prática, se estiver embasada em uma teoria com técnicas específicas.

Campos (2007, p. 173), refletindo sobre Teoria, Método e Técnica[38] no trabalho em saúde, concluí *"... para tornar possível e suportável esta difícil trajetória entre a certeza da Teoria cristalizada e as incertezas do dia-a-dia é a construção e utilização de métodos como*

---

[38] Campos (2007) define:
- Teoria: saber estruturado *"Um conjunto de conhecimentos que fosse a cristalização efetiva do trabalho morto. Trabalho intelectual e prático. Uma instituição"* (p.173);
- Método: caminho pelo qual se atinge um objetivo;
- Técnica: conhecimento aplicado. Indicação de meios para que determinado saber passe à prática.

instâncias de mediação entre o saber estruturado e a variabilidade das práticas...”. Para o autor, os métodos e as técnicas, embora sejam provenientes das teorias, são conhecimentos aplicados na realidade do trabalho. Deste modo, se relacionam dialeticamente com o trabalhador, que pode conferir-lhe alterações.

> Nesse sentido o sujeito da práxis estaria mais livre para lidar com métodos e técnicas do que com teorias. As teorias, inevitavelmente, exigem esforço sistemático para serem alteradas e tendem a prender os Sujeitos a determinadas racionalidades nelas contidas. Listar esta gradação, por si só, não resolve o dilema entre o saber estruturado e a imprevisibilidade do agir cotidiano. De qualquer modo torna-se nocivo para o sujeito prender-se acriticamente a saberes cristalizados e a conceitos oniexplicativos – prisão a dogmas teóricos -; porém, é igualmente empobrecedor tomar Métodos ou Técnicas como ferramentas deduzidas diretamente das Teorias, ou, em outro extremo, dependentes apenas da variabilidade do cotidiano. Ou seja, os Sujeitos da práxis podem e devem se autorizar a criticar e alterar Metodologias e Técnicas, valendo-se tanto de sua experiência concreta, quanto de um relacionamento crítico com as Teorias (não dogmático). (CAMPOS, 2007, p.174)

O autor comenta que, neste processo, há a fetichização[39] de métodos e técnicas (CAMPOS, 2007). Neste sentido, observa-se que a formação em saúde naturaliza os métodos e técnicas, e esta naturalização é reforçada e reproduzida pelos profissionais. No grupo estudado, foi observado que, em alguns momentos, a não fetichização da técnica, derivada de sua naturalização, gera sentimento de impotência no profissional, que não se sente apto para atuar conforme sua sensibilidade social e reflexão da prática.

Parece haver um conflito durante a atuação, representado pela sensação de *onipotência* dada pela técnica, e pela *impotência*, cuja dinâmica imprevisível o cotidiano profissional impõe. No entanto, consideramos que a potência do trabalho encontra-se na reflexão e questionamento do cotidiano profissional.

Ayres (2004), refletindo sobre o cuidado e reconstrução das práticas de saúde, conclui que, muitas vezes, não é necessária a utilização de um instrumental por parte do profissional, mas uma sensibilidade social ao outro a quem se dirige o cuidado.

> Precisamos ter claro também que nem tudo que é importante para o bem estar pode ser imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico [...] precisamos estar atentos para o fato de que nunca, quando assistimos à saúde de outras pessoas, mesmo estando na condição de profissionais, nossa presença na frente do outro se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos [...] (AYRES, 2004, p.84).

---

[39] Fetichismo: *“Marx nos diz que na sociedade capitalista, os objetos materiais possuem certas características que lhes são conferidas pelas relações sociais dominantes, mas parecem como se lhes pertencessem naturalmente... Constituem forças reais, não controladas pelos seres humanos e que, na verdade, exercem controle sobre eles... sujeitam as pessoas ao domínio desse processo”* GUIMARÃES, A. M. **Dicionário do Pensamento Marxista.** Rio de Janeiro: Zahar, 1988. p. 149-50.

Para o autor, o ato de cuidar vai além do uso de tecnologias, não podendo estar pautado na objetivação que desvitaliza a pessoa a quem se dirige o cuidado. O Cuidar se diferencia da universalidade técnica, da ciência e do livre exercício da subjetividade criadora; este é constituído na interação terapêutica, profissional-usuário, ou seja, na práxis (AYRES, 2004).

Embora não tenha sido observada nos profissionais estudados a prática de um Cuidado que desvitaliza o sujeito ao qual ele é dirigido, como aponta Ayres (2005), foi verificado que o uso da sensibilidade social nesta relação só é plenamente aceito se for respaldado por uma técnica. Contraditoriamente, a utilização da técnica desvitaliza o profissional, objetivando assim, a relação terapêutica.

O fetiche da teoria também foi configurado na relação com o usuário quando este é incentivado a buscar o conhecimento teórico, como pode ser observado no relato da relação estabelecida com os participantes do Grupo de Hipertensos:

> **Rosinha:** ... *O grupo de hipertenso é um que é mestre em trazer. Um dia chegou um aqui "Eu queria saber da doença (??) – não sei das quantas – e do cavalo, não sei...", "Então tá, alguém já ouviu falar disso?", né?, (risos de ambas) "Ah, eu já ouvi, mas eu não entendi", "Então vamos todo mundo procurar!" né?*
>
> **Joana:** *Quem é todo mundo?*
>
> ***Rosinha:*** *O grupo inteiro...*
>
> **Joana:** *Os usuários?*
>
> **Rosinha:** *Os usuários. Eu também procuro, mas assim, eu não falo que vou trazer a resposta pronta, né? "Então vamos todo mundo procurar e na semana que vem a gente conversa".*
>
> **Joana:** *Por que você não traz a resposta pronta?*
>
> **Rosinha:** *É pra envolver esse grupo, né? Não só esse qualquer grupo que eu tiver eu vou fazer isso, mas esse grupo tem uma particularidade muito grande de que eles são muito ativos. A gente fala que o grupo é que faz grupo com a gente praticamente, né? Eles são um grupo auto... tem vida própria mesmo, né? A gente pode programar o que a gente quiser que eles vão fazer o que eles querem, né? Desde 2001 eles se reúnem aqui praticamente com a mesma composição, né? O grupo de convivência, eles têm muita autonomia e é um grupo também que a gente estimula muito a autonomia, né? A gente não traz coisas prontas, a gente constrói junto e a história até de a gente não trazer pronto é exatamente isso: tirar deles o que eles têm de conhecimento, né? Pra ficar mais, assim, próximo com a realidade também, né? E trazer a coisa...*
>
> **Joana:** *Hunhan.*
>
> **Rosinha:** *E é um grupo muito esperto, né? Tinha uma época que vinha um professor de Biologia, que vira e mexe ele trazia assuntos pra ver se ele fazia pegadinhas com a gente, né? Se conseguia pegar a gente em alguma coisa (risos de ambas), e a gente aproveitava já que ele queria falar sobre aquilo, então a gente convidava ele pra também falar, pra trazer os assuntos, e tirando um pouco essa relação de que "a gente sabe tudo e eles não sabem nada", né? Eles sabem e muito e a gente aprende muito com coisas, com as experiências deles, é até*

a forma de a gente lidar com alguns tratamentos, lidar com... eles ensinam muito a gente como a gente deve fazer, né?

Joana: *Como assim a forma de lidar com o tratamento?*

Rosinha: *Às vezes, a gente tem aquela prescrição rígida, dura, né?: "Você deve fazer isso, deve fazer aquilo", o quanto que eles mostram pra gente a lógica deles, né? Por que eles fazem daquele jeito, né? Pra gente entender e poder achar um caminho aí, que tenha sentido pra eles, né? Aquilo que eles tão fazendo, né?E aí eles trazem muita coisa aí de história de vida, né? E que aí a gente começa a entender também como abordar melhor alguma situação, né? Acho que com os pacientes, com os usuários aqui da Unidade a gente aprendeu muita coisa, né? A gente aprende o tempo inteiro, né? A gente tem um conhecimento técnico, né?, de algumas coisas, mas eu acho que eles trazem muitos conhecimentos aí, trazem muitas questões aí da vida, coisas que não desgrudam, né? Que não tem como você aplicar o conhecimento técnico sem considerar contexto, né? Sem considerar outras coisas, senão não tem sucesso mesmo, né? E acho que de tanto a gente às vezes quebrar a cabeça com algumas coisas, né?E ver que se não fizer diferente não vai ter sucesso, né? Então acho que nesse sentido, né? A gente aprende muito e eles cutucam também muito, acho que é muito rica... muito rico o contato com o usuário, pra gente poder interagir, poder aprender, poder perceber que a gente tem que estudar mais algumas coisas, né?...*

É observado no Grupo de Hipertensos, um dos grupos programáticos[40] do Núcleo, um incentivo à busca de informações técnicas pertinentes à patologia e as dúvidas convergentes. Tal iniciativa parece derivar da tentativa de favorecer a autonomia e estabelecer relações menos assimétricas entre a equipe e usuários do serviço. Verifica-se, também, a consideração e a valorização dos conhecimentos informais dos usuários. No entanto, o fetiche da teoria faz com que o profissional conceba estes conhecimentos como algo a ser estudado e não compreendido e incorporado às práticas cotidianas; não havendo a percepção de construção conjunta, profissional-usuário, do conhecimento e práxis.

Ayres (2006), discorrendo sobre as práticas e cuidado em saúde, salienta ser necessário um diálogo que favoreça a responsabilização mútua, profissional-usuário, comprometendo, moral e tecnicamente, ambos neste processo. Para o autor, o cuidado assim organizado favorece a autonomia dos usuários e a humanização do atendimento.

A autonomia é um tema amplamente estudado pela ciência. O conceito originário do grego refere-se à capacidade de autogestão e autogoverno das cidades-estados independentes da Grécia (*autos* – eu mesmo, si próprio; *nomos* – lei, norma, regra). O vocábulo foi ampliado e associado à ideia do indivíduo como gestor de vida, liberdade e privacidade em suas escolhas (CAMARGO-BORGES, 2007).

No campo da saúde, este termo ganhou relevância na bioética, estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e cuidado às pessoas. A Bioética está pautada no

[40] Grupos voltados às doenças prevalentes na área adstrita da ESF.

valor supremo da pessoa, na vida, na liberdade e na autonomia, além de benevolência e justiça. Para a bioética, o princípio de autonomia é considerado o mais determinante nas práticas em saúde (CAMARGO-BORGES, 2007; CLOTET, 2009).

No entanto, autores apontam que a questão da autonomia dos pacientes/usuários dos serviços de saúde suscita diversas polêmicas (CAMARGO-BORGES, 2007; CLOTET, 2009; DESLANDES, 2006; TRAD & ESPERIDIÃO, 2009).

A assimetria de conhecimentos específicos na relação entre profissionais de saúde e pacientes, para uma Medicina pautada no modelo biomédico, faz com que seja delegada aos profissionais a legitimação do sujeito em exercer sua autonomia. Tal conduta é fundamentada na questão da "autonomia pura", ou seja, a faculdade da escolha isenta de influências ou incapacidades na tomada de uma decisão. Deste modo o profissional da saúde é a única pessoa capaz de avaliar se o paciente tem condições de exercer a autonomia na escolha de seus tratamentos. (CAMARGO-BORGES, 2007; TRAD; ESPERIDIÃO, 2009).

Segundo Camargo-Borges (2007), esta perspectiva de autonomia é vinculada à lógica científica, de paradigma positivista, na qual o indivíduo só obtém o direito de exercê-la se for julgado apto. "*Portanto, apresenta-se mais como uma concessão a ser conquistada através da aquisição desta lógica do que um processo negociado"* (CAMARGO-BORGES, 2007, p.88).

A discussão sobre a autonomia do paciente se tornou eminente, no Brasil, com a implementação do SUS, que têm como diretriz organizativa a participação popular e preconiza a humanização na saúde (CAMARGO-BORGES, 2007; CLOTET, 2009; TRAD; ESPERIDIÃO, 2009).

> Qual a repercussão da autonomia na ESF?
> Considerando que a ESF intervém em um território específico com propostas mais contextuais como produção de vínculo, participação, integralidade e coordenação das ações, o planejamento ascendente é fundamental para a operacionalização desta Estratégia, tanto no sentido de construção local de práticas como também por possibilitar a participação da comunidade na definição de prioridades na programação das ações. Assim, investe-se na abertura e reconhecimento dos saberes populares e locais (CAMARGO-BORGES, 2007, p.89).

A autonomia dos usuários na ESF se configura, sobretudo nos espaços coletivos, como os grupos programáticos; estes além de favorecerem um cuidado diferenciado, podem propiciar a autonomia dos usuários (CAMARGO-BORGES, 2007).

Souza e Carvalho (2003), em estudo que objetivava demonstrar os impactos da proposta do PSF na qualidade de vida e na saúde da população de um município de Minas Gerais, concluem que os grupos programáticos favorecem a participação da comunidade nas

atividades do Núcleo; propiciam uma rede de apoio social pautada na troca de experiências; e se configuraram como espaço de enfrentamento dos problemas vivenciados.

Trad e Esperidião (2009), estudando os limites, as possibilidades de incorporação da gestão participativa e o princípio da corresponsabilidade na ESF, verificaram que há, por parte dos profissionais, dificuldades na valorização do saber popular evidenciadas pelas contradições entre discursos e práticas. Embora os profissionais incorporem em seus discursos a necessidade da simetria na relação com os usuários, definem seus conhecimentos como superiores, e enfatizam um papel doutrinador de suas práticas. A este respeito, as autoras fazem as seguintes considerações:

> Desconsidera-se, neste caso, a importância do conhecimento prático das pessoas, fruto de suas vivências e histórias de vida, bem como das crenças socialmente compartilhadas. É comum que o reconhecimento e valorização dos saberes não-técnicos sejam entendidos como obscurantismo ou atraso; no entanto, valorizar a dignidade dessa sabedoria prática é uma tarefa a um compromisso fundamental quando se quer cuidar (AYRES, 2006). (TRAD; ESPERIDIÃO, 2009, p.566).

Nesse estudo, o saber popular não foi configurado como obscurantismo ou atraso. No entanto, no depoimento de Rosinha, é evidente a ambiguidade em sua compreensão e aceitação. À medida que a enfermeira refere que este saber necessita ser estudado, concebe-o pela lógica da ciência e, este não sendo um conhecimento advindo desta, perde seu status enquanto conhecimento. Entretanto, Ayres (2006) aponta que a valorização dessa sabedoria prática, por parte dos profissionais de saúde, é um dos compromissos que deve fundamentar o cuidado.

Segundo Camargo-Borges (2007), o discurso da autonomia na saúde é usado dentro da lógica da asserção da ciência. Deste modo, as intervenções almejam “ensinar” autonomia, sendo organizadas no sentido de favorecer o acesso dos pacientes às informações científicas sobre procedimentos adequados no cuidado à saúde. Tal constatação foi verificada no depoimento de Rosinha, onde esta ensina os usuários a buscarem as informações; ensina-lhes, portanto “autonomia”. No entanto, observa-se que há a percepção que o uso exclusivo da técnica é insuficiente, ou seja, não adianta empregá-la sem considerar o contexto do cuidado, a história de vida e os conhecimentos dos usuários. Neste sentido, observa-se uma tentativa de superação das práticas tradicionais que entra em conflito com a teoria aos moldes da ciência positivista.

Esta questão remete à discussão de Mendes (1996), sobre a dialética das mudanças paradigmáticas na área da saúde que pode ensejar a reorientação dos métodos de trabalho, haja vista que as diretrizes do trabalho na ESF já se diferenciam, ao menos teoricamente, de uma atuação pautada no modelo flexineriano. No entanto, observa-se que tais mudanças esbarram em questões paradigmáticas flexinerianas perseverantes durante a atuação.

A qualificação dos profissionais para atuarem de acordo com as diretrizes preconizadas para a APS tem sido discutida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS, 2007). O documento *"Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde"* indica que um dos desafios da APS nas Américas é aumentar o número de profissionais qualificados para atuar na área, uma vez que a formação em saúde não está alinhada às necessidades da prática na APS. Além disto, o limitado interesse em pesquisas e desenvolvimento operacional, associado ao pouco uso de técnicas de gestão e comunicação apresentam-se como barreiras à implementação adequada da APS.

De acordo com o Ministério da Saúde, um dos desafios da ESF é: *"...revisão dos processos de formação, educação em saúde com ênfase na educação permanente das equipes, coordenações e gestores."* (BRASIL, 2006, p.03).

Neste sentido, o Ministério da Saúde tem incentivado e favorecido a Educação Permanente em Saúde (EPS). A Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006, preconiza algumas das diretrizes da EPS na APS; e em 2007, a Portaria 1996/2007 estabeleceu novas diretrizes e estratégias para a implantação da EPS, buscando adequá-la às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde, que define como eixo estruturante do SUS a política de recursos humanos pautada na valorização do trabalho e dos trabalhadores. Este documento também determina a condução desta política através dos Colegiados de Gestão Regional, e preconiza uma educação pedagógica pautada nos métodos de Paulo Freire, ou seja, transformadora e emancipatória, embasada na aprendizagem significativa e de problematização, buscando desenvolver a transformação das práticas de saúde e de educação (BRASIL, 2006, 2007; PEDUZZI, 2009).

De acordo com Peduzzi (2009, p.04) as definições de EPS e Educação Continuada (EC) são distintas:

> [...] a EPS está fundamentada na concepção de educação como transformação e aprendizagem significativa, centrada no exercício cotidiano do processo de trabalho, na valorização do trabalho como fonte de conhecimento, na valorização da articulação com a atenção à saúde, a gestão e o controle social, e no reconhecimento de que as práticas são definidas por múltiplos fatores, voltada à multiprofissionalidade e à interdisciplinaridade, com estratégias de ensino contextualizadas e participativas, e orientada para a transformação das práticas. A EC é pautada pela concepção de educação como transmissão de conhecimento e pela valorização da ciência como fonte do conhecimento, é pontual, fragmentada e construída de forma não articulada à gestão e ao controle social, com enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico-científico de cada área, com ênfase em cursos e treinamentos construídos a partir do diagnóstico de necessidades individuais, e se coloca na perspectiva de transformação da organização em que está inserido o profissional.

Segundo Ceccim (2005), a EPS deve se constituir em espaços coletivos para a reflexão e a avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano da atuação, inserindo-se em uma necessária construção de relações e processos entre profissionais que constituem as equipes; a instituição e suas práticas organizacionais; interinstitucionias e/ou intersetoriais, implicando assim, as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde. Visa portanto, a mudança institucional. Para o autor, a EPS deve estar comprometida com a autoanálise e autogestão dos coletivos e os profissionais devem ser os protagonistas efetivos destes processos. Ainda sobre a EP nos serviços de saúde, o autor comenta:

> [...] aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção) (CECCIM, 2005, p.162).

Merhy (2005), refletindo sobre as considerações de Ceccim (2005), aponta que a produção de autointerrogação de si e o colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo do trabalho, são alguns dos um dos desafios da EPS.

Os processos de autoanálise e autogestão se relacionam dialeticamente. A autoanálise busca a produção de um saber: conhecimento dos problemas vivenciados, das condições, demandas implícitas e explícitas, recursos, entre outros. Todo o conhecimento advindo da autoanálise tem como finalidade a autogestão e visa a transformação das condições de existência e a resolução dos problemas. Mas a produção destes saberes e a desmistificação do saber dominante só ocorrem, na autoanálise, se o grupo construir dispositivos para tal, como a realização de discussões, assembleias, entre outras, orientadas por um especialista na área (BAREMBLITT, 1994).

Durante a coleta de dados, em nenhum momento surgiu, por parte dos profissionais, menção à EPS. No entanto, a EC foi menciona por Rosinha, Graça e Maria, respectivamente, enfermeira, auxiliar de enfermagem e ACS. Rosinha e Graça relataram nas entrevistas que a EC propicia o contato com novas técnicas, ressaltando que a concepção de técnica, preconizada em suas formações partiu da perspectiva da imutabilidade, e a EC propicia verificar e atualizar-se da mutabilidade da técnica.

Maria, na observação participante, referiu que na EC tem a possibilidade de verificar a veracidade dos conhecimentos que possui, uma vez que estes são de origem popular. Além disso, na EC o ACS esclarece quais orientações podem ser dadas aos usuários. Deste modo,

observa-se que a EC subsidia a formação instrumental do profissional, mas favorece a depreciação de seu conhecimento, retirando do ACS sua posição de membro da comunidade.

Ao relatar os cursos que estiveram em andamento, durante a coleta de dados, Maria demonstrou ambiguidade na medida em que considerou um número excessivo de cursos[41] que prejudica a realização quantitativa do trabalho. Observa-se uma ambivalência na inserção do ACS na equipe, pois se este é membro legítimo da comunidade, a princípio seus conhecimentos populares constituíram-se na relação com a comunidade a qual pertence e, portanto, devem ser valorizados. No entanto, participar de EC faz com que o ACS relegue seus conhecimentos. Além disto, percebe-se uma concepção racionalizada de trabalho, pois o aprimoramento profissional é considerado não trabalho. Tal questão pode estar relacionada não somente a concepção arraigada de trabalho, mas também à organização deste aprimoramento que se constitui em um espaço de apreensão do conhecimento e não de construção.

Para Figueiredo (2007), o trabalho do ACS está na interseção entre ciência e comunidade, e tem como tarefa construir um território comum entre estas, onde as sínteses do processo de enfrentamento às questões de saúde se realizam. Mas, na medida em que é retirado do ACS o conhecimento advindo da pertença à comunidade, este deixa de cumprir a função que preconiza as diretrizes da ESF, tornando-se um mero cumpridor de normas e protocolos estabelecidos por outrem. Figueiredo (2007), refletindo sobre a atuação do ACS conclui:

> Esta tarefa é alvo de uma grande polêmica, que coloca “na ordem do dia” algumas contradições da atividade realizada pelo agente comunitário, além da ambivalência à qual este está submetido. Dentro de uma estrutura precária, determinada tanto pelos limites dos recursos dotados á saúde como pela burocratização dos Serviços, a organização das equipes profissionais está diretamente relacionada às condições políticas e materiais para a manutenção da saúde coletiva (FIGUEIREDO, 2007, p.12)

Os profissionais relataram que, à medida que percebem que a equipe necessita de alguma informação específica, eles se organizam e “montam” sua própria Educação Continuada. Estes momentos, embora não tenham ocorrido durante a coleta de dados, de acordo com os depoimentos, parecem se constituir em espaços que vão além da mera transmissão de informações. No entanto, não é possível afirmar que se constituíram em uma Educação Permanente, sobretudo porque têm como mote as teorias e as técnicas.

---

[41] Durante o período de coleta de dados, os AC do Núcleo estudado participaram de três cursos em um período de 84 dias, sendo que lhes foram oferecidos quatro. Os cursos realizados foram: Tuberculose, Violência Doméstica e Saúde do Idoso. Vale considerar que o curso não realizado foi o de Higiene das Mãos.

> *"mesmo dentro da própria equipe tem a Educação Continuada, que isso diferencia muito no dia a dia, você não fica uma pessoa tão presa às informações tão antigas, né? você tá sempre se atualizando. E isso é um diferencial muito grande."* (Graça, auxiliar de enfermagem, trecho da entrevista não categorizado).

Consideramos que a introdução da EP no Núcleo estudado, como proposta por Ceccim (2005), constitui-se em uma alternativa que viabilizaria não somente a construção conjunta do trabalho, mas também a produção do conhecimento pela equipe.

Os *Limites da Formação* foram identificados como Subcategoria da Categoria Temática *Competência Técnica,* e demonstraram originar-se da fragmentação do conhecimento preconizada pelo modelo biomédico, na qual especialidades são rigidamente demarcadas e os profissionais, além de não se sentirem aptos para discutir questões que derivam de sua área de conhecimento, concebem esta prática como sobre-trabalho. Tal fato prejudica a integração do trabalho e a visão generalista do profissional sobre as famílias assistidas.

> *... o pessoal da equipe também possa achar ruim discutir algo a mais... é um trabalho a mais... um conhecimento a mais a ser colocado em prática... isso tem... a ver com a forma do trabalho... temos... uma organização de trabalho muito organizada, a própria formação... é... centralizada... fragmentada... a forma de colher as informações, o que é válido e o que não é válido... muito dessas questões... não são vagas... Não são procedimentos das categorias profissionais, com isso vai dificultando essa integração ou o trabalho interdisciplinar... somos formados pra trabalhar dentro da nossa área. Essa integração se ela já houvesse durante a formação... o profissional veria isso com muito mais facilidade...* (João Pedro, 5.4, dentista)

Quando não é evidente a necessidade de uma visão generalista na atenção à saúde, esta pode se configurar como um fator gerador de conflito na equipe. Assim, a utilização, pelos profissionais, do conhecimento de outra especialidade pode levar a uma disputa de poder, ou seja, uma disputa pelo uso legitimado do conhecimento.

Mesmo havendo a percepção dos *limites da formação* para atuar na APS, em nenhum momento houve a percepção sobre a necessidade de criação, pela equipe, de técnicas e métodos novos e integrados de trabalho. Neste caso, é possível inferir que a concepção arraigada de conhecimento vincula-se ao científico, que é uma realidade concreta do Núcleo estudado, local de formação acadêmica.

A organização do Sistema de Saúde pautada na *Racionalidade Técnica*[42] do trabalho determina esta concepção de conhecimento, por parte dos profissionais, que orientam suas práticas cotidianas:

---

[42] Subcategoria da Categoria Temática *Competência Técnica.*

> *... o sistema de saúde... tá montado dessa forma, fragmentado... são vários departamentos e cada um deles pensam... o seu campo de trabalho pela sua lógica... Há muitos órgãos, no Ministério da Saúde também, tanto que se você olhar os procedimentos, alguns são mais priorizados em detrimento dos outros... se você pegar uma tabela de procedimentos do SUS... olhar a parte de ortopedia... diálise, eles têm um valor muito bom... em detrimento de outros que são muito importantes pra atenção primária e o valor é muito baixo.* (João Pedro, 5.5, dentista)

A racionalidade técnica é concebida pela racionalidade econômica, assim a organização do trabalho pautada nesta lógica dificulta a integração das práticas e não dá espaço para a construção do conhecimento pela equipe. Neste contexto, favorece o sentimento de menos-valia por parte do profissional à medida que desvaloriza economicamente os procedimentos realizados na APS em detrimento da atenção secundária e terciária.

Guirado (1987) refletindo sobre a concepção de burocracia, formulada por George Lapassade em seu livro *"Grupos, Organizações e Instituições"*[43], ressalta que esta preconiza a fragmentação, sobretudo entre *"decisão e execução"* e o *"pensar e o fazer cotidiano"*. Deste modo, quando há consciência por parte do trabalhador deste processo, instala-se um descompasso entre a forma de concepção/organização do trabalho e a atuação real. A burocracia objetiva a manutenção das relações de poder e, consequentemente, perpetua a desigualdade. Este processo favorece o desenvolvimento de um conformismo e a falta de iniciativa durante a execução do trabalho que ratifica a fragmentação. Isto pode ser observado nos relatos anteriores de João Pedro (dentista).

Assim, verifica-se que, por mais que as diretrizes da ESF tentem romper com a lógica do modelo biomédico, a organização do Sistema de Saúde é pautada na racionalidade técnica, gerando contradições durante a atuação: atuar pautado nas diretrizes da ESF ou na organização do Sistema de Saúde?

Este demonstra ser um dos conflitos latentes vivenciados pelos profissionais durante a atuação na ESF.

---

[43] Lapassade (1977) diferencia *Instituição* de *Organização*. Para o autor, *Instituição* é o conjunto do que está instituído enquanto jurisprudência e política, assim configura-se como uma lógica que, de acordo com sua formalização, pode ser leis, normas, etc e; objetivam a regularização da vida social. No entanto, para que estas cumpram seu papel regulador da sociedade, necessitam se materializar em dispositivos concretos que são as *Organizações* (prédio físico, organogramas, ministérios) pelos quais a *Instituição* opera sendo portanto, uma forma singular de *Instituição*(BAREMBLITT, 1994; GUIRADO, 1987; LAPASSADE, 1977)

4.2. Apropriação: do estranhamento a atividade subjetivante.

O trabalho em si, para Marx (1983), é uma das dimensões da vida humana. É através dele que o homem desvela sua humanidade, transforma a natureza de forma proposital expressando sua subjetividade e capacidade de autocriação.

Dejours (2004, p.27), discorrendo sobre o trabalho, conclui: *"... o trabalho é aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar de inventar"*. Para o autor, uma vez que a relação dialética homem-trabalho se dá na mútua transformação entre sujeito e trabalho, este processo se constitui em uma "*atividade subjetivante"* (DEJOURS,1992).

No entanto, o modo como o trabalho é concebido na atualidade, sob novas formas de organização, gestão e administração, favorecidas pelo avanço tecnológico, intensificou a alienação do trabalhador através da dissimulação e do aprimoramento dos *"Princípios da Gerência Científica"* (ANTUNES, 2006; CAMPOS, 2007)

> Se o estranhamento é entendido, como indicou Lukács, como a existência de barreiras sociais que se opõem ao desenvolvimento da individualidade em direção à omnilateralidade humana [...] o capital contemporâneo, ao mesmo tempo em que pode, através do avanço tecnológico e informacional, potencializar as capacidades humanas, faz expandir o fenômeno social do *estranhamento* [...] o desenvolvimento tecnológico não produziu necessariamente o desenvolvimento de uma subjetividade cheia de sentido, mas, ao contrário, pode inclusive "desfigurar e aviltar a personalidade humana" (ANTUNES, 2006, p.172).[44]

Estes "novos" modelos de gerência produzem "*servidão voluntária*" do trabalhador, ou a instauração de vínculos "*libidinais*" poderosos entre os trabalhadores e a organização, que favorecem um conformismo em relação ao cotidiano de trabalho (CAMPOS, 2007). Neste contexto, torna-se cada vez mais intricado o processo de apropriação do trabalho pelo trabalhador.

Nesse estudo, a *Apropriação* do trabalho como Categoria Temática desdobrou-se em três Subcategorias: *Limites Paradigmáticos*, *Academia* e *Conhecimento Informal.*

Os *Limites Paradigmáticos* que os profissionais vivenciam durante a atuação, além de dificultarem a *Apropriação* do trabalho, estão relacionados à manutenção de um sistema de referência que não se aplica às diretrizes da atuação na ESF.

---

[44] LUKÁCS, G. **Ontologia Dell'Essere Sociale II.** vols 1 e 2. Roma: Riunitti, 1981. p. 562.

> *... cultivar o outro à falar é uma coisa ... ter o controle dessa fala é outra... muitas vezes... estava atendendo... motivando a falar... ver como essa pessoa pensa... me vi... querendo lançar mão da experiência e poder dizer, "... abre a boca, chega de conversa, vamos trabalhar"...* (João Pedro, 5.1, dentista).

Trabalhar pautado na participação do usuário requer do profissional maior envolvimento, reflexão, elaboração e, consequentemente, apropriação do trabalho. A impotência gerada pela dificuldade em manejar esta situação faz com que, em algumas situações, o trabalhador utilize da atuação pautada no modelo biomédico para minimizar as dissonâncias vivenciadas.

Os *Limites Paradigmáticos* da atuação ficaram mais evidentes quando os profissionais refletiram sobre a relação com os usuários do serviço e os processos avaliativos aos quais são submetidos.

No Grupo 2[45], quando convidados a refletir sobre o que aprendem na relação que estabelecem com os usuários do serviço, os profissionais demonstraram dificuldade em falar, evidenciada pelo longo silêncio estabelecido. Quando tal fato foi apontado pela pesquisadora, um dos profissionais relatou:

> *essa relação participativa... é ambígua... quando a gente motiva, estimula a participação é algo a mais a ser trabalhado... não é uma coisa sempre tranquila... há momentos de consenso... dissenso... às vezes as coisas correm bem, às vezes não.... esse silêncio é por conta disso... pra refletir sobre essa relação... às vezes isso facilita, às vezes seria tão melhor se fosse ao contrário... faz isso faz aquilo, mas quando você estimula a participação, a fala... ai as coisas, às vezes, ficam complicadas, porém com certeza mais efetivas, mais próximas da realidade. Até pra poder entender – Oh, isso não foi possível de fazer, por quê? Por isso e isso...* (João Paulo, G2, dentista)

A reflexão convergiu para a dificuldade da equipe em compreender e aceitar formas diferenciadas de viver; da necessidade de uma consultoria externa para ajudar nesta compreensão, assim como na compreensão de excessivo envolvimento com determinados casos, e do surgimento de sentimentos como impotência e frustração gerados por estes:

> *a equipe se sentia impotente diante da situação fazia, fazia... e... não tinha uma resposta que... queria ter... isso ensinou, a gente, não a aceitar a situação, mas ver que tem famílias que são diferentes* (Neuza, G2, ACS).
>
> *a sensação é de impotência... Mas, acho que nós temos uma tendência à busca da normalidade... somos, de certa forma, normativos.... acho que é entender o diferente, o diferente pode ser aceitado e poder conviver com aquilo... a impotência aparece nisso, quando você vê o diferente e... não consegue mudar... dá essa sensação de impotência* (João Paulo, G2, dentista).

---

[45] Participaram do G2: Maria (ACS), Rosinha (enfermeira), João Pedro (dentista), Aline (ACS), Carlos(ACS) e Neuza (ACS).

As consultorias psiquiátrica e psicológica[46], de acordo com os relatos, configuraram-se como uma ajuda que favorece a compreensão dos casos atendidos e, os sentimentos derivados destes.

Durante a observação, foi verificado que nas consultorias psiquiátricas só participam os profissionais envolvidos com o caso, sendo o espaço destinado, principalmente, à formação dos acadêmicos. Assim, esta consultoria não se constituiu em espaço de reflexão e enfrentamento conjunto, pela equipe, dos casos vinculados aos problemas de saúde mental na comunidade e construção do conhecimento.

Em seguida, a discussão do Grupo 2, derivou para a reflexão da conduta normativa dos serviços de saúde que, muitas vezes, eram reproduzidas pelos profissionais obstaculizando a compreensão dos casos atendidos e, consequentemente, a atuação. A dificuldade em superar a visão normativa foi relacionada não somente à formação, mas também à avaliação em saúde. De acordo com os profissionais, aceitar a autonomia do usuário e atender às demandas subjetivas deste contrapõem-se aos próprios processos avaliativos aos quais são submetidos gerando sentimentos ambivalentes durante a atuação.

Para exemplificar esta questão, alguns membros[47] do Grupo 2 relataram a experiência que tiveram com um usuário que, semanalmente, recebia a visita do estagiário da farmácia que levava a medicação, mas os problemas de saúde do usuário não melhoravam. Em virtude disto, o estagiário começou a questionar sua atuação, pois não compreendia porquê o paciente não melhorava. Até que descobriu que o mesmo escondia a medicação e devolvia as cartelas vazias, mas não contava isso à equipe, pois gostava das conversas que tinha com o estagiário. Além disto, os únicos cuidados de asseio que o usuário tinha consigo e sua residência eram relacionados à visita do estagiário e equipe de saúde.

A partir deste caso, a equipe discutiu o conflito, muitas vezes, gerado pelo *"antagonismo entre as prioridades"* (João Pedro, dentista) da equipe e dos usuários. Assim, o contraponto entre atuação técnica e psicossocial foi discutido e demonstrou ser um dos fatores de conflito durante a atuação: atenderem à demanda do paciente ou atenderem respaldados no modelo biomédico de atenção em saúde que, além de ser quantificável, é privilegiado pelos processos avaliativos?

---

[46] A consultoria psicológica, era realizada há um ano antes da coleta de dados desse estudo e, tinha como referencial de trabalho à proposta de Grupos Operativos de Pichon Rivière.

[47] Aline – ACS, Carlos – ACS, João Pedro – dentista, Neuza – ACS e Rosinha enfermeira.

> *ele tem o direito de não querer usar a medicação, mas com certeza o usuário tinha um interesse muito grande pela visita do aluno... ou qualquer outro caso que a gente – Poxa não estamos vendo resultados - ... então, é essa questão... vamos ou não vamos mais mas, porque? Porque, toda coleta de informação ou toda forma de avaliar saúde ela não é por este vínculo, por esta conversa, pela satisfação do usuário... ela é pelo número... resultado de exames, número de hipertensos e diabéticos... controlados... ai há um conflito, em nós mesmos... eu não tenho utilidade... não estou atingindo resultado. O resultado e essa utilidade esta vinculado com aquilo que é produção para o Sistema de Saúde, aquilo que é colocado dentro do SIAB... isso perde o sentido do trabalho da saúde... por isso que faz sentido pra gente ouvir o aluno... e até ficar em dúvida se deve ir ou não. Porque aquele resultado que ele atingiu... criou vínculo a ponto do usuário recebê-lo muito bem, contar a vida dele e talvez naquele momento de vida... era muito importante ter alguém para conversar* (Rosinha, G2, enfermeira).

A busca pela compreensão da realidade econômica, das demandas subjetiva e da lógica de pensamento do usuário, parece ser uma das estratégias aprendidas e utilizadas pela equipe para atuar de acordo com os princípios da ESF. No entanto, gera no profissional o sentimento de não-trabalho que é reforçado pelo modo como o trabalho em saúde é avaliado. Nesta direção, os profissionais também discutiram a fragmentação da atuação em saúde, haja vista que trabalhar a demanda psicossocial dos usuários é uma das diretrizes da ESF; no entanto, não é considerada pelos processos avaliativos sendo assim, não é contabilizada no SIAB.

Matumoto et. al. (2005), ao supervisionar equipes do PSF, verificou que as atividades que envolvem "*troca de ideias*" entre os profissionais, como reuniões e discussões de caso, geram a sensação de não estarem produzindo trabalho. Os autores associam este sentimento às concepções arraigadas de trabalho orientadas pela lógica da produtividade, ou seja produção de técnicas e procedimentos. Esta concepção de trabalho também esta presente nos profissionais desse estudo, mas o sentimento de não trabalho não derivou, exclusivamente, desta mas, também, da forma com que são avaliados.

Nesse estudo à medida que os profissionais, afirmam que a forma com que são avaliados esvazia o sentido da atuação, sinalizam que este processo favorece o estranhamento em relação ao trabalho.

Dejours (2004), discorrendo sobre subjetividade, trabalho e ação, conclui que o trabalho não pode ser avaliado pois, por não pertencer ao mundo objetivo, não pode ser quantificável. Para o autor, o que é avaliado não é o trabalho em si, mas sim a parte materializada da ação. No caso do trabalho em saúde, procedimentos, óbitos, doenças, entre outros.

Figueiredo (2007) considerando a determinação da racionalidade na organização do trabalho e na avaliação em saúde, faz a seguinte consideração:

> Com a divisão técnica do trabalho, a racionalidade impressa na atividade concebe a avaliação como um procedimento *fora do processo,* cujos critérios, quantitativos, desconhecem sua história e, portanto, sua construção. Desta forma, perdidos em um mundo de obediência às regras do trabalho fragmentado, os homens não concebem as bases da sua ação e, portanto, *não dispõem dos elementos vivos, presos à totalidade do processo para a verificação dos resultados de sua ação* (FIGUEIREDO, 2007 p.05, grifo do autor).

Na perspectiva do materialismo histórico, o trabalho representa a ação consciente do homem sobre a natureza; assim, a avaliação é parte constituinte e inalienável deste processo. O trabalho, enquanto produto da dialética homem/natureza, inteligência/meio, tem na sua síntese, a avaliação. Destarte, a avaliação do trabalho não pode ser dissociada da práxis (FIGUEIREDO, 2007). Possuindo assim, uma lógica diferenciada do modelo hegemônico.

Campos (2007), partindo de uma perspectiva dialética, considera que as equipes, juntamente com os usuários do serviço, deveriam pautar-se em processos de análise, ou de reflexão crítica que as capacitaria a construir projetos e planos, traçar objetivos e realizar sua análise, ou seja, sua síntese/avaliação.

Ferri et al (2007), avaliando a qualidade da assistência prestada em um núcleo da ESF, concluem que o trabalho em saúde não pode ser avaliado somente a partir das tecnologias duras e leve-duras, mas também das tecnologias leves[48] que são geradoras de satisfação por parte dos usuários quando voltadas à prática do cuidado em saúde.

As avaliações às quais os profissionais são submetidos quantificam somente a produção material decorrente do trabalho e não o trabalho em si. Pois os componentes subjetivos vinculados ao trabalho não podem ser mensuráveis, mas sim discutidos via socialização entre as pessoas que trabalham em conjunto e os usuários do serviço. Considerando a organização do Sistema de Saúde, pautado no modo de produção, supomos que, embora seja necessária a quantificação dos procedimentos realizados - até mesmo para a organização do sistema como um todo, sobretudo no que diz respeito à distribuição dos recursos materiais - esta não deve se constituir na avaliação do serviço. Assim, consideramos que a avaliação deve derivar da síntese do trabalho realizado pelos trabalhadores com a participação dos usuários aos quais o cuidado é dirigido.

O Núcleo estudado é local de formação acadêmica; deste modo, foi observado que esta organização propicia a incorporação de uma prática voltada para a racionalidade científica e,

---

[48] Como exemplos de tecnologias leves Merhy (2002) cita: vínculo, acolhimento, cuidado, entre outras.

em contrapartida, defronta os profissionais com os limites desta racionalidade. Como pode ser observado nos conteúdos dos depoimentos da Subcategoria Temática *Academia*:

> *Nós aqui... Que estão ligados à USP... aprendemos a trabalhar com o ensino, pesquisa e... atenção... é ampliado... É uma equipe... que desenvolve três em um.* (Maria, 1.4, ACS).
>
> *... a gente deixa de publicar uma série de coisas que... faz por falta de tempo... a gente o tempo inteiro produz... aqui tem muitas pesquisas acontecendo... analisam o meu trabalho... coisas que eu produzo enquanto informação e depois sistematiza... e produz o conhecimento... o dado primário que é o que possibilitou que esse trabalho andasse, a equipe tá todo tempo produzindo, mas ela não publica e quem fica com o conhecimento é o pesquisador (riso)... mérito do pesquisador que... Coletou aquele dado e analisou, mas o dado mesmo quem produz é a equipe...* (Rosinha, 3.6, enfermeira).
>
> *... a gente constroi... também conhecimento acadêmico... tem essa proximidade com a docência... participa de projetos de pesquisa... no último ano em 2007... estávamos com 23 projetos... em andamento em dezembro... a gente gera conhecimento, a partir do momento em que... é observado... isso... vai gerar reflexões, que vão levar à mudanças de paradigma, vão levar a outras conclusões... A respeito do trabalho...* (Jéssica, 4.6, médica).

No depoimento de Maria fica nítida a apropriação, não reflexiva, de um discurso acadêmico, onde a mesma refere que a prática desenvolvida no Núcleo é igual a que a academia busca desenvolver.

Rosinha, ao discutir a realização de pesquisas desinentes do trabalho desenvolvido no Núcleo, aponta para um sentimento de expropriação, favorecido pela organização racional do trabalho que não propicia a sistematização do conhecimento produzido durante a atuação. No entanto, observa-se no depoimento uma concepção de conhecimento pautado no modelo acadêmico, ou seja, só é concebido como conhecimento o que é sistematizado e/ou publicado aos moldes da racionalidade científica.

A visão ocidental sobre o conhecimento, enraizada nos Princípios da Gerência Científica, considera-o como, necessariamente, explícito, portanto formal e sistemático, expresso por palavras e números; facilmente comunicado e compartilhado sob a forma de dados brutos, fórmulas científicas, procedimentos codificados ou princípios universais. Esta perspectiva desconsidera o conhecimento tácito, que é algo dificilmente visível e exprimível, altamente pessoal (englobando insights, conclusões e palpites subjetivos), difícil de ser formalizado o que dificulta sua transmissão e compartilhamento: *"... o conhecimento tácito está profundamente enraizado nas ações e experiências de um indivíduo, bem como em suas emoções valores ou ideais"* (NONAKA; TAKEUCHI, 1997, p.07).

Em contrapartida, Jéssica apresenta uma visão divergente de Rosinha, concebendo o conhecimento como algo processual, onde conhecimentos científicos e vivenciais se relacionam dialeticamente, sendo a equipe do Núcleo integrante deste processo.

O *Conhecimento Informal*, decorrente da *Apropriação* do trabalho, foi relacionado, sobretudo aos conhecimentos decorrentes da práxis, originados no contraponto ao modelo hegemônico de atuação em saúde.

De acordo com Dejours (2004), por mais que as técnicas sejam bem estruturadas e a organização do trabalho seja rigorosa, é impossível a realização do trabalho seguindo rigidamente as prescrições, pois sempre haverá uma discrepância entre o prescrito e o *"real do trabalho": "... trabalhar é preencher a lacuna entre o prescrito e o real"* (DEJOURS, 2004, p.28).

O real do mundo se apresenta ao sujeito de um modo afetivo, e a discordância entre o prescrito e o real, segundo Dejours (2004), é vivenciada pelo trabalhador como fracasso, assim o sujeito ao trabalhar passa pela experiência afetiva do sofrimento, do pático[49].

> O sofrimento afetivo, absolutamente passivo, resultado do encontro com o real ao mesmo tempo que marca uma ruptura da ação, ele não é apenas resultado ou o fim de um processo que une subjetividade ao trabalho. O sofrimento é, também um ponto de partida. Nesta experiência se concentra a subjetividade. O sofrimento se torna um ponto de origem na medida em que a condensação da subjetividade sobre si mesma anuncia um tempo de dilatação, de ampliação, de uma nova expansão sucessiva a ele. O sofrimento não é apenas uma conseqüência última da relação com o real; ele é ao mesmo tempo proteção da subjetividade com relação ao mundo, visando transformar esse sofrimento e encontrar a via que permita superar a resistência do real. Assim, o sofrimento é, ao mesmo tempo, impressão subjetiva do mundo e origem do movimento de conquista do mundo. O sofrimento, enquanto afetividade absoluta é a origem desta inteligência que parte em busca do mundo para se colocar à prova, se transformar e se engrandecer (DEJOURS, 2004, p.28-9)

O sofrimento decorrente do real impulsiona o homem a transformar o mundo sendo a origem da inteligência criativa. Assim, ao trabalhar o homem, dialeticamente, utilizando de sua inteligência e de seu aprendizado, se transforma e transforma o trabalho. Deste modo, a vivência do pático, decorrente deste processo, faz com que o trabalho não se limite ao tempo físico efetivamente passado em sua execução, mas sim ao subjetivo, já que mobiliza a personalidade por completo (DEJOURS, 2004).

A inteligência mobilizada pelo real, ou seja, diante do que resiste ao domínio do conhecimento técnico e da prática, foi identificada, tematizada e denominada de *Métis* (etimologicamente *métier*) pelos gregos. Esta é, essencialmente, engajada nas atividades técnicas e de características inventiva e criativa. No entanto, o conceito de *Métis* não contempla os processos afetivos e cognitivos mobilizados neste processo; tal consideração é

---

[49] *"... remetente ao sofrer e ao sofrimento, ao padecer e à paixão, com suas conotações passar por, experimentar, suportar, agüentar situações que gerem dor ou prazer"* (DEJOURS, 2007b, p.45)

feita na definição de *atividade subjetivante* – Subjektivierendes Handel[50], utilizada pela teoria Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 1997, 2004).

A definição de *atividade subjetivante* refuta a divisão entre concepção e execução do trabalho. Deste modo, na realização do trabalho o trabalhador usa de sua inteligência para a resolução de problemas práticos difíceis pela articulação dos seus requisitos sociais, psíquicos e cognitivos (MENDES, 1994).

Para Dejours (2004), a habilidade técnica do trabalhador supõe um processo de subjetivação da matéria e dos objetos. Assim, o processo de apropriação do trabalho compreende a subjetividade por inteiro e a elaboração de um conhecimento emanado do trabalhar.

No entanto, este processo é conflitante e ambíguo, uma vez que a organização do trabalho, inclusive na área da saúde, busca objetivar todos os elementos deste processodeste modo, profissional e paciente. A racionalidade clínica nega a subjetividade do paciente no processo terapêutico; segundo Camargo Júnior (1992), a relação do médico é com a doença e o paciente é um mero acesso a ela, distorcendo a perspectiva da racionalidade técnica, com sua subjetividade. Todavia, segundo o autor, apesar do médico fundamentar sua práxis na objetividade, não está imune, ele mesmo, às contradições da subjetividade, uma vez que seu raciocínio está sujeito ao crivo de sua experiência.

Em contrapartida, na perspectiva de saúde preconizada pela ESF, a subjetividade do profissional e do usuário devem ser consideradas no processo de trabalho, haja vista que o cuidado é pautado nas diretrizes de acolhimento, vínculo/responsabilização e autonomização. A este respeito, Franco e Merhy (1999) fazem as seguintes considerações:

> Vincula-se inclusive a determinação de uma relação nova, que foge ao padrão tradicional onde um é sujeito no processo e o outro o objeto sobre o qual há uma intervenção para a melhora da sua saúde. A nova relação tem que se dar entre sujeitos, onde tanto o profissional quanto o usuário podem ser produtores de saúde (FRANCO & MERHY, 1999, s/p).

Considerando a subjetividade no processo de trabalho em geral, Vieira (2007), em estudo teórico que objetivava refletir sobre a produção do inconsciente apoiado nos trabalhos

---

[50] BÖHLE, E.; MIKAU, B. **Vom Handrad zum Bildschirm**. CAMPUS Institut für Sozialwissenschaftliche Forschung e.v. ISF Müncher (1991)

de Deleuze e Guattari (1976)[51], afirma que assim como há uma relação dialética entre homem e trabalho, há a mesma relação entre psiquismo e vida social.

> A análise do desejo na atualidade passa pela possibilidade de ampliar o domínio do inconsciente para o campo social, em que toda produção é também produção de si mesmo. Podemos dizer que se trata de uma relação circular em que o produto e o produtor retroagem um sobre o outro. Em outras palavras, aquilo que se produz é também causa do produtor. É o aspecto relacional que está em destaque como maquinação dos agenciamentos do desejo (VIEIRA, p.23)

Campos (2007), ao refletir sobre a constituição do Sujeito, conclui que não se pode pensar em uma "*produção do sujeito*", mas sim uma "*coprodução"*, haja vista que este é composto por uma seqüência de planos e regiões existências que relacionam-se dialeticamente. Deste modo, é imanente ao sujeito sua estrutura biológica, Desejo e Interesse, e transcendente as Necessidades Sociais e Instituições, criadas pelo modo de produção.

O Desejo não resulta, exclusivamente, de processos internos (instintivos), mas também intersubjetivos (derivados das relações familiares, introjeção de valores, etc) e, uma vez constituído como Desejo, opera como força pulsional tendendo à repetição (CAMPOS, 2007).

O Interesse, por sua vez, vincula-se à capacidade do sujeito lidar com dados da realidade, sendo um compromisso maior com o real. Deste modo, em tese, a realização de um Desejo pelo sujeito pode opor-se ao seu Interesse, assim como o Sujeito pode renunciar a um Desejo que lhe pareça ameaçador (CAMPOS, 2007).

As Necessidades sociais são resultantes da dinâmica histórico-social, e sua constituição *"... ocorre segundo processos dialéticos, em que Sujeitos produzem necessidades a partir de seus desejos e interesses, ainda que sempre constrangidos por valores e limitações dominantes em cada período e espaço social"* (CAMPOS, 2007, p.76). No entanto, a organização do modo de produção, na atualidade, configura as Necessidades Sociais como forças naturais e estranhas ao Sujeito.

As Instituições[52], por sua vez, embora tenham sido criadas pelos Sujeitos, apresentam-se como transcendentes a estes e são configuradas como determinantes Universais (CAMPO, 2007).

---

[51] DELEUZE, G; GUATTARI, F. **O anti-Édipo**: capitalismo e esquizofrenia. Trad. George Lamazière. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

[52] Campos (2007) utiliza a definição de *Instituição* elaborada por Georges Lapassade (1977)
Para maiores esclarecimentos consultar LAPASSADE, G. **Grupos, Organizações e Instituições.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

Assim, na realização do trabalho, o homem revela a relação dialética entre sua vida psíquica (Desejos e Interesses) e social (Necessidades sociais e Instituições).

> O paralelismo Marx-Freud fica totalmente estéril e indiferente, encenando termos que se interiorizam ou se projetam um no outro sem deixarem de ser estranhos [...] Na verdade, a produção social é unicamente a própria produção desejante em condições determinadas. Dizemos que o campo social é imediatamente percorrido pelo desejo, que ele é seu produto historicamente determinado [...] Mesmo as forças mais repressivas e mais mortíferas da reprodução social são produzidas pelo desejo (DELEUZE; GUATTARI, 1976, p. 46, apud VIEIRA, 2007)

Nesse estudo, ficou evidente que há, por parte dos profissionais, o desejo de reconhecimento pelo trabalho realizado e pelas criações derivadas deste como pode ser observado no depoimento abaixo:

> *... a primeira ficha... saiu daqui, hoje ela é do município... O Ministério também tem essa forma, diretriz... o Ministério não tomou isso como diretriz, porque a gente começou aqui, porque ia tomar mesmo, é que o Município se adiantou e aí acabou sendo um Município onde fez o teste, porque aqui já tinha um experiência... e aí eu fico pensando que aquele trabalho saiu daqui... Hoje virou um trabalho muito maior, mas ninguém sabe que saiu daqui...* (Rosinha, enfermeira)

Campos (2007), discorrendo sobre as produções artísticas e intelectuais, concluí que o trabalho não se origina, exclusivamente, da necessidade de sobrevivência, mas também de modos singulares de vida concebidos pelos homens, criando com isso necessidade de trabalho para fazer cumprir interesses, a princípio, secundários e assim construir a *"Obra"*[53]. Deste modo, para produzi-la o homem tem que trabalhar.

Mesmo que o trabalho se constitua de elementos inevitáveis da alienação – como a obrigatoriedade de trabalhar em função do interesse alheio e de condicionantes externos – o trabalhador pode transformá-lo na "*Obra*" se puder usar sua subjetividade e criatividade durante a atuação (CAMPOS, 2007).

Para Campos (2007), a cogestão do trabalho na área da saúde é uma das possibilidades de minimizar a alienação e favorecer a realização dos trabalhadores via produção da *"Obra"*. No entanto, na cogestão as ações não podem ser pautadas somente no Desejo de cada trabalhador, mas na negociação entre o Coletivo e na consideração dos meios materiais disponíveis para a sua implementação. A este respeito, Campos (2007, p.78-9) faz a seguinte consideração:

> Momentos em que o Sujeito ou o Coletivo estão obrigados a considerar o próprio desejo, interesses e necessidades, bem como o de agrupamentos aos quais objetivem atrair ou combater. Compor um Projeto ou Co-gerir um Coletivo implica produzir

---

[53] *"Obra - é o resultado do trabalho sempre que se logre articular (aproximar) Objeto de investimento do trabalhador com o Objeto de trabalho e com a produção de valores de uso"* (CAMPOS, 2007, p.235)

> sentido para a ação e exige também a consideração dos meios materiais e subjetivos necessários à empreitada. Quando o sujeito elabora análises e age segundo Projetos ou em Co-gestão, obriga-se a considerar as limitações do contexto e as restrições impostas pelo interesse alheio. E a promover meios que possibilitem a passagem do desejado, ou necessitado, à condição de fruição prática.

Nesse estudo, o *Conhecimento Informal*, ou seja, emanado da prática que pode favorecer a expressão da subjetividade e criatividade dos profissionais, foi associado a conteúdos distintos: conhecimento adquirido ao longo da vida, processo do trabalho em si, e relações interpessoais estabelecidas no contexto do trabalho.

Nos depoimentos das entrevistas, as experiências singulares de cada profissional associadas às decorrentes do trabalho demonstraram favorecer a criação de um conhecimento vinculado às questões psicossociais que envolvem a atuação como a criação de uma postura empática na relação com o usuário do serviço.

> *...quando nós fizemos o primeiro teatro de amamentação... foi... uma eterna troca... a dona A. foi mãe e ela já é avó; então ela falava "Não, tem que falar..." dentro de um certo tema nós montávamos a fala... Tinha uma coisa... bem da orientação do aleitamento... e falas de cada um... a dona A. colocava muito... dela como mãe...* (Graça, 2.4, auxiliar de enfermagem)

> *... atender uma gestante hoje com um trabalho de parto prematuro e compreender o sofrimento... medo de perder o bebê é... mais fácil pra mim hoje do que há dez anos atrás quando eu não tinha filho... experiências pessoais ... procuro transformá-las em instrumentos de melhorar o meu entendimento a respeito do sofrimento do paciente e de me capacitar a fazer um vínculo melhor... acolhida melhor... responsabilização melhor...* (Jéssica, 4.3, médica).

A postura empática propicia a criação do vínculo profissional-usuário, preconizado no trabalho na ESF deste modo, consideramos que este conhecimento deveria ser compartilhado entre os profissionais.

Durante a observação participante, foi verificado que os profissionais utilizam destas experiências para reconhecer os usuários que necessitam de acolhimento, sobretudo quando há grande demanda de usuários, não sendo possível acolher a todos.

A utilização das experiências de vida associadas às do trabalho, também, foi observada durante uma consulta médica a uma adolescente onde Jessica (médica) disse a paciente:

> *"Se você tiver alguma dúvida que alguma amiga perguntou e você não soube responder pode tirar comigo."*

Ao ser questionada do porquê da pergunta, Jéssica relatou que observou que o adolescente utiliza da "*despersonalização*" para sanar dúvidas e minimizar ansiedades decorrentes destas e, desde que percebeu isto, utiliza esta *"técnica"*. Questionada de que forma elaborou a técnica Jéssica respondeu rindo: *"Não sei!"*.

Este "*saber-fazer*", originado das experiências de vida, muitas vezes é inconsciente, sobretudo se for considerado que a inteligência é avançada à consciência. E, mesmo nas situações em que é consciente, nem sempre o trabalhador dispõe da compreensão necessária sobre este processo ou de palavras suficientes para descrevê-lo.

Considerando as contribuições deste "*saber-fazer*" para a realização do trabalho, Dejours (2004) presume que, mesmo com as dificuldades inconscientes e léxicas, este deve ser socializado entre os trabalhadores para que possa ser confrontado, comparado e discutido, coletivamente, no intuito de viabilizar a construção conjunta do trabalho e propiciar aos profissionais o prazer decorrente de sua criação.

No primeiro Grupo Focal (G1)[54], ao refletirem sobre a prática profissional na ESF e experiências de vida, os profissionais discutiram duas questões que, segundo eles, comparando aos trabalhos anteriores, são o que mais aprendem durante a atuação na ESF, que são: *ouvir de forma diferenciada* e *delimitarem os limites fora do espaço do trabalho.*

Todos os membros do grupo afirmaram que o que mais aprendem durante a atuação na ESF era a "*ouvir*", referindo-se a um ouvir diferenciado, que se relacionava ao usuário do serviço e ao colega de trabalho, e como lidarem com os desdobramentos deste "*ouvir*", sobretudo no que diz respeito às informações que obtêm.

Sobre o usuário do serviço, referiram que aprenderam a ouvir de forma empática sem pré-conceitos, preconceitos e julgamentos; ouvir dando a possibilidade das pessoas falarem e motivando-as a falar e refletir sobre o que falam e fazem. Em relação aos colegas de trabalho, aprenderam a ouvir novas formas de pensar referindo-se, sobretudo às formações profissionais distintas.

> *Toda a equipe tem que ter orelhão, olhão... boquinha. Tem que falar pouco... nas visitas tem que perceber tudo... dar escuta, tem que ouvir para poder entender o que a pessoa tá passando e tem que falar pouco... do que... viu dentro da casa... ouviu das pessoas, jamais falar fora do espaço que seja ético... pra... entender o que tá acontecendo com o outro não adianta... não deixar o outro falar e ficar falando um monte de coisa... orientando...* (Rosinha, G1, enfermeira).
>
> *aprender a ouvir, não só na comunidade, mas também aqui, na equipe. Falar um pouco menos, pra adquirir experiência, conhecimento* (Carlos, G1, ACS).

A escuta diferenciada às questões trazidas pela comunidade foi mencionada durante o G1 somente por Carlos (ACS) e Aline (ACS), não gerando discussão entre os demais membros, embora seja uma das diretrizes da ESF.

---

[54] Profissionais que participaram do G1: Maria (ACS), Rosinha (enfermeira), João Pedro (dentista), Ana (ACS), Aline (ACS) e Carlos (ACS).

Pereira (2008), em seu estudo que avaliou as características organizacionais e de desempenho das unidades que compõem a rede de Atenção Básica à Saúde do Distrito Oeste de Saúde de Ribeirão Preto – SP, a partir da perspectiva dos usuários, verificou que a Orientação à Comunidade[55] foi avaliada como muito ruim. De acordo com os usuários, não havia por parte das equipes a inclusão do contexto da comunidade na abordagem de atenção à saúde.

Considerando que a atuação na ESF exige dos profissionais práticas não privilegiadas nos cursos de graduação em saúde, como a escuta diferenciada ao usuário e à comunidade, o fato de somente dois profissionais referirem a necessidade da escuta à comunidade enquanto, os demais focam-se no paciente, pode ser um indício do próprio processo de criação do conhecimento via prática, onde a equipe mesmo não tendo sido familiarizada na formação com a escuta ao paciente durante a atuação vem aprendendo a fazê-la, podendo assim, futuramente, perceber a importância da escuta à comunidade na atenção à saúde na ESF.

A escuta diferenciada ao usuário do serviço, para alguns profissionais, como foi observado no grupo, embora seja necessária em determinadas situações, como no Pronto-Atendimento[56], torna o trabalho mais lento, aumentando, assim, a espera pelo atendimento e gerando ansiedade no profissional.

> *Eu sento à mesa do Acolhimento eu só atrapalho porque olha como é que é: a pessoa chega "O quê que você tem?", "Dor de cabeça, dor de cabeça" e entrego o papel, a pessoa chega pra mim "Eu tô com dor de cabeça" e eu "É, como é que ta a sua pressão, você passou por algum problema não sei o quê", a fila vai crescendo e eu não me contento em perguntar só o que a pessoa falou.* (Rosinha, G1, enfermeira)

Tal fato sugere que embora a atuação na ESF seja diferenciada, considerando-se os demais Serviços de Saúde, a organização do trabalho e a expectativa do profissional quanto ao fluxo de atendimento ainda funcionam a partir da lógica do modelo hegemônico de atuação.

Outra dificuldade, referida pelos profissionais à realização deste "*ouvir*" diferenciado, relaciona-se à disposição interna do trabalhador que, algumas vezes, é prejudicada por

---

[55] "*A orientação para a comunidade se constitui em mais de um dos atributos da ABS e diz respeito ao reconhecimento do contexto social onde as pessoas vivem, quando se presta assistência à saúde. Partindo-se do pressuposto que as necessidades das pessoas têm estreita relação com o contexto social, sendo esta perspectiva incorporada à prática assistencial dos profissionais, pode-se afirmar que o princípio da integralidade estará sendo potencializado*" (PEREIRA, 2008, p.157).

[56] O Pronto-Atendimento é realizado, por dois profissionais, em rodízio diário entre a equipe e envolve as atividades: atendimentos telefônicos, recepção do usuário, escuta da queixa, orientação, acolhimento, agendamentos diversos e, quando o usuário está agendado para aquele dia, a separação dos documentos necessários.

questões de ordem emocional. O vínculo estabelecido com o usuário, bem como o estado emocional deste, também se apresentaram como fatores que favorecem ou não este "*ouvir*".

> *Às vezes você não tem aquele ouvido que você deve ter, aquele olhar pra ver o que tem por trás, às vezes exercer esse silêncio, né? Então é o vínculo que você precisa fazer com a família e não é de um dia para o outro. Não sei se os outros concordam.* (Maria, G1, ACS)

> *... tem situação que é o ideal e tem vários fatores que interferem nesse ideal desde o pessoal, da gente estar bem disposto a ouvir, até todo o contexto... às vezes não tem lugar específico esta tudo ocupado e temos que conversar na recepção, às vezes tem lugar e não tem tempo...* (Rosinha, G1, enfermeira)

Por fim, relacionando-se a este "*ouvir*", os profissionais, discutiram no G1 a responsabilidade às informações que obtêm. Neste sentido, todos referiram que a aproximação com a comunidade e o fato dos agentes comunitários pertencerem à mesma coloca-os, muitas vezes, em situações delicadas relacionadas ao sigilo das informações e à curiosidade dos usuários sobre os atendimentos realizados pela equipe.

A orientação ao usuário sobre a conduta profissional perante a informação trazida demonstrou ser uma estratégia criada e utilizada pela equipe para eliminar possíveis dissonâncias. Esta conduta foi definida a partir da vivência de um caso de aborto revelado no Núcleo, do qual os profissionais mantiveram o sigilo da informação, mas toda vizinhança da usuária teve ciência. Tal estratégia pode ser observada no relato abaixo:

> *... isso que você esta me falando não vai sair daqui. Se você quiser falar pra alguém a opção é sua... esse espaço é ético, está no prontuário, não vou falar com ninguém que não tenha relação direta com o que esta acontecendo com você... Até para a pessoa saber... às vezes, tem coisas que ela conta para uma amiga e essa amiga espalha pra todo mundo e ela pode ficar com a impressão que era só a gente que sabia daquilo e que foi a gente que falou.* (Rosinha, G1, enfermeira)

Em relação à curiosidade, dos usuários, sobre os atendimentos realizados no Núcleo, foi observado que os profissionais adotam estratégias individuais para lidarem com esta situação; alguns referiram se passar por desinformados, respondendo: "*Não sei*.", "*Não vi*." ; outros invertem a pergunta para o usuário e; alguns tentam colocar os usuários na posição das outras pessoas: "*Se você tivesse um problema de saúde, você gostaria que eu fizesse um boletim de seu problema de saúde para todas as famílias?*" (Rosinha, G1, enfermeira). A partir deste último exemplo, os profissionais discutiram a necessidade de orientar a comunidade sobre o papel da equipe, e adotarem uma estratégia única para lidar com esta situação. Neste momento, embora não tenha sido o objetivo do grupo focal, este se configurou como um espaço para a equipe apropriar-se de seu trabalho e construírem, conjuntamente, novas formas de atuação.

A aprendizagem sobre *os limites fora do espaço de trabalho* que, no G1, surgiu como um dos aprendizados que adquiriram na ESF comparando aos trabalhos anteriores, demonstrou originar-se da proximidade física dos profissionais na comunidade e da forma como o trabalho é organizado na ESF, que torna tênue o limite entre o espaço do trabalho e a vida social dos profissionais. Este contexto faz com que os profissionais evitem frequentar locais próximos da comunidade. Além disto, alguns profissionais, sobretudo os agentes comunitários, deram indícios de evitação social com a comunidade. Tal questão prejudica a vida social dos profissionais, necessitando ser discutida pela equipe, visando à construção conjunta de seu enfrentamento.

Em síntese, o *Conhecimento Informal* originado das experiências prévias que são utilizadas durante a atuação na ESF favorece uma postura empática na relação com o usuário que propicia o acolhimento e o vínculo. Considerando que estes são fundamentais na atuação na ESF, deveriam ser compartilhados entre os profissionais visando seu aprimoramento. A criação de uma estratégia de orientação aos usuários sobre o sigilo das informações corrobora a importância e efetividade da socialização das vivências de trabalho. Em contrapartida, embora os profissionais tenham aprendido, isoladamente, a delimitar o espaço de trabalho, consideramos que deveriam construir estratégias em conjunto para lidarem com esta situação sem utilizar a evitação social que, entre outras coisas, pode diminuir o pertencimento do ACS à comunidade

O *Conhecimento Informal*, originado do processo de trabalho em si, favorece não só a criação, mas também sua sistematização, e em algumas situações, auxilia na percepção da necessidade de alteração da rotina do serviço.

> *... o Serviço em si... questões de horário, tem pessoas que necessitam de atendimento por volta de 1h... não conseguem fazer o acompanhamento, porque estão em horário de trabalho e aqui está fechado... de repente adaptar mudanças dentro da rotina... da Unidade... mudar a forma de trabalhar... Tá todo mundo pedindo... e isso, acho que faz parte do processo de trabalho...* (Graça, 2.6, auxiliar de enfermagem).
>
> *... a gente discutiu... atendimento do diabético, como estruturar... pensando até num fluxograma... Com a proposta do atendimento médico... da Enfermagem... Fazer um fluxograma da equipe... Não consigo pensar em estruturar algumas coisas olhando só pro meu trabalho... Sempre... que eu busque um conhecimento... tá no contexto da equipe... nunca consigo ver ele tão descolado... Do que a gente faz com o restante da equipe* (Rosinha, 3.4, enfermeira)
>
> (Questionada se a equipe cria conhecimento)... *coisas que a gente já estruturou e deixou de colocar como sendo nosso... O Ministério escolheu Ribeirão pra ser um dos municípios... pra começar... Ficha de notificação de violência e aí... ela falou "Então, porque esse trabalho começou de 2003, lá no* (Bairro onde fica o Núcleo)*"... usou uma forma geral pra falar... A*

> *primeira ficha... saiu daqui, hoje ela é do município... Hoje virou um trabalho muito maior, mas ninguém sabe que saiu daqui...* (Rosinha, 3.5, enfermeira).

A apropriação do trabalho favorece o reconhecimento das necessidades concretas dos usuários, demonstrando que esta aprendizagem se incorporada à rotina do Núcleo colabora com a organização conjunta, profissional-usuário, do serviço

A sistematização foi relacionada ao conhecimento de ordem prática e demonstrou derivar da socialização deste entre os membros da equipe. No entanto, o não reconhecimento social deste processo favorece, nos profissionais, um sentimento de menos-valia e expropriação do trabalho.

O reconhecimento, pela construção do conhecimento, não é uma reivindicação secundária do trabalhador, ao contrário, mostra-se decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho, ou seja, na motivação. O reconhecimento conduz à experiência de prazer, haja vista que não só o trabalho é reconhecido, mas o sujeito que pode ser orientado ao plano da construção de sua identidade (DEJOURS, 2007a). Nesse caso, o coletivo de trabalhadores.

Assim, o reconhecimento pela construção e sistematização do conhecimento, adquirido no processo de trabalho é um dos elementos que favorecem a humanização da atuação e a motivação profissional convergindo com as diretrizes da ESF. Deste modo, este processo de construção deve ser incentivado e reconhecido.

No entanto, estratégias devem ser elaboradas para que esta prática se constitua como mecanismo que favoreça a conquista da subjetividade via trabalho e a cooperação entre os membros da equipe, e não como um artifício de competição, apropriação da inteligência e afetos do trabalhador para aumentar a exploração, como adverte Brito (2008). A pesquisadora, ao estudar a Gestão de Competências e do Conhecimento e as Organizações de Aprendizagem, faz os seguintes comentários sobre estas formas de gestão empresarial:

> Esta nova forma de controle sobre o aprendizado organizacional constitui-se na forma mais sofisticada de apropriação e alienação do trabalho iniciada pelo Taylorismo/Fordismo, que se apropriou dos movimentos, tempo e ritmos do trabalhador, e que agora exige a apropriação por parte do capital também da teleologia, do conhecimento tácito (que muitas vezes o próprio trabalhador não se dá conta que possui), do desejo, do abstrato, das formas de interação e da criatividade coletiva (BRITO, 2008, p.207).

Cecílio (2007), discorrendo sobre a micropolítica do trabalho em saúde, aponta que para o profissional conseguir oferecer um cuidado favorecedor de autonomia ao usuário é necessário que não tenha sua autonomia ameaçada por mecanismos sutis utilizados pela

gestão, mas possa desfrutar desta nas relações concretas que estabelece com os colegas e com o trabalho.

De acordo com Campos (2007), uma das formas de assegurar a qualidade na atenção à saúde estaria no ajustamento entre a autonomia profissional e um certo grau de definição para os trabalhadores. No entanto, para isto deve haver, por parte dos profissionais, responsabilização em relação ao serviço e ao trabalho em equipe. Os serviços organizados desta forma, segundo o autor, não necessitariam de uma chefia, mas de coordenação, avaliação externa e supervisão para favorecer a reflexão sobre o trabalho e indicar possíveis correções. Nesta forma de organização do trabalho o profissional da saúde realizaria de fato, como refere Dejours (1997, 2004), uma "*atividade subjetivante*".

Para a implementação desta organização de trabalho, Campos (2007) aponta a necessidade da criação de mecanismos que envolvam toda a equipe e usuários na organização administrativa do serviço e na construção de práticas de cuidado.

Mishima (2003) estudando a gerência de serviços de atenção primária à saúde na ESF conclue:

> Na saúde da Família, os ruídos são freqüentes e a possibilidade de estranhamentos infindáveis: o ACS que se inscreve trazendo o saber popular, o saber das pessoas comuns para dentro da equipe marcada por um conhecimento formatado a partir dos preceitos da cientificidade; o saber e o não saber convivendo criando a possibilidade de novas formas de se produzir conhecimentos e práticas; a equipe que ao sair da unidade ultrapassando os muros ganha nomes e feições facilmente reconhecidos pelos usuários; a equipe que necessita exercer ao máximo a escuta e não apenas ouvir os novos significados de vida trazidos pela proximidade com os usuários [...] Infindáveis possibilidades que podem ganhar ressonância no trabalho gerando a possibilidade de acontecimentos, de novas formas de produzir cuidados e de gerenciar estes processos (MISHIMA, 2003, p132).

As relações estabelecidas no contexto de trabalho, também demonstraram favorecer a criação do *Conhecimento Informal*:

> *... o conhecimento se faz, não é na universidade... se faz na sua profissão, nas relações* (refere-se às relações estabelecidas com os usuários e colegas de trabalho)... *o conhecimento da universidade é uma ferramenta que você traz pra essas relações, mas... se você permite que essa ferramenta te cegue a ponto de você não fazer essa interface com o outro, você está deixando de produzir conhecimentoné? Quando eu viro pra paciente e falo: "bom, então de acordo com o meu conhecimento – a ditadura do poder pelo saber – a senhora está com a glicemia de jejum estourado, então, eu vou prescrever mais dois medicamentos, pro meu conhecimento a senhora precisa ter uma glicemia de jejum de 110, senão não está bom, de 100 não está suficiente", mas pro conhecimento dela, essa minha visão significa nada. Ela pode até tomar o remédio mas ela não... então quando ela permitir, me traga as experiências dela, me conte do que ela está sofrendo, me fale o que está acontecendo, nós estamos construindo um conhecimento juntas que vai gerar alguma mudança na terapêutica dela* (Jessica, 4.2, médica)

O Conhecimento Informal, originado das relações com os colegas de trabalho, está relacionado ao aprendizado de novas formas de compreensão, mas mantendo a perspectiva das especialidades. O conhecimento, derivado das relações com os usuários, vincula-se à compreensão dos aspectos psicossociais de novas formas de viver e conhecimentos populares, sendo que, a partir da integração destes conhecimentos, os profissionais buscam construir conjuntamente com o paciente o cuidado, como pode ser observado no relato de Jéssica, no qual esta se centra no conhecimento alicerçado no usuário e nas necessidades deste, convergindo com o ideal da integralidade na assistência à saúde.

Foi verificado que a utilização do *Conhecimento Informal*, no contexto do trabalho, possibilita a manifestação da subjetividade e do desejo do profissional durante a atuação, e que o seu reconhecimento, socialização, discussão e sistematização podem favorecer a construção conjunta do trabalho pautado na escuta, vínculo e atendimento integral ao usuário; ou seja, a utilização do *Conhecimento Informal* propicia a criação de um serviço produtor de cuidado pautado na construção do conhecimento sobre este cuidado.

> Tomar o mundo do trabalho como escola, como lugar de uma micropolítica que constitui encontros de sujeitos/poderes, com seus fazeres e saberes, permite abrir a nossa própria ação produtiva enquanto um ato coletivo e como um lugar de novas possibilidades de fazeres, a serem extraídas do próprio encontro e do próprio fazer, ao se desterritorializar dos núcleos profissionais e se deixar contaminar pelo olhar do outro do campo da saúde: o usuário, individual e coletivo, como lugar de um complexo modo de viver o mundo (MERHY, 2005, p.06).

Foi verificado que as especificidades do trabalho em saúde ampliam a tensão entre a racionalidade gerencial hegemônica e o desenvolvimento das potencialidades do ser humano e, considerando as vicissitudes deste trabalho, Campos (2010) presumi que este deve se configurar enquanto práxis.

> ... a práxis seria aquela atividade humana em que o saber prévio, trabalho morto acumulado (diria Marx) não isenta o agente da necessidade de uma reflexão prudente (diria Aristóteles) durante a execução da atividade ou do trabalho em questão. Na práxis o agente da ação, ademais do planejamento prévio com base no saber acumulado, deverá considerar o contexto singular em que sua ação se realiza: outros sujeitos envolvidos, valores, circunstâncias históricas, etc... (CAMPOS, 2010, p.2340)

Deste modo, consideramos que o reconhecimento e a valorização do conhecimento informal dos trabalhadores são meios de favorecer a práxis na ESF.

4.3. Contraponto: possibilidade da mudança?

Tanto nas entrevistas quanto no G1[57], os profissionais significaram a atuação na ESF como contraponto e alternativa ao modelo hegemônico de atuação em saúde. Assim, a Categoria Temática das entrevistas *Contraponto* foi desdobrada na Subcategoria *Alternativas ao Modelo Hegemônico*. Os conteúdos desta subcategoria estão vinculados à comparação da atuação na ESF com outros serviços de saúde e apontam que a ESF se configura como a busca de outros elementos de enfrentamento em saúde além da racionalidade técnica.

> *...não tenho prática de técnica hospitalar, mas uma prática no atendimento, numa visão mais ampliada de necessidades na parte básica... é bem diferenciada em relação a quem tá dentro de um hospital...o dia a dia, as informações que chegam... capacitação... a própria necessidade do paciente que não te leva a ficar numa rotina... cada paciente demanda uma necessidade, e essa... me demanda conhecimentos que... você vai adquirindo ao longo do tempo... nessa prática de trabalho... é diferenciada por isso...você é multidisciplinar... soma um pouquinho de cada coisa...* (Graça, 2.1, auxiliar de enfermagem)

> *...temos... muitos médicos de família, excelentes... que não são formados em medicina de família... passa um pouco pelo jeito que você enxerga a vida e na medicina de família a gente... enxergar sem os graus de hierarquia do poder pelo saber...* (Jéssica, 4.1, médica)

> *... diferente de no hospital (refere-se ao trabalho na ESF)... é dermatologista... vê a pele, se o cara está deprimido... enfartado... teve uma fratura exposta num capotamento, não é problema seu, você vai ver a pele e isso te dá... tranqüilidade... os outros problemas... não são... seus, são... dos outros especialistas. Na medicina de família não... isso é muito angustiante... os R1 chegam...* no *terceiro mês da residência eles piram, porque eles falam "eu não vou dar conta de ver tantas coisas ao mesmo tempo"... sua responsabilidade é pelo indivíduo... saúde dessa família... saúde de uma comunidade... é um negócio muito grande... isso angustia muito o R1 quando eles chegam, mas depois eles acabam entendendo... que tem o que é responsabilidade sua e tem o que não é responsabilidade... acho que essa interação com a equipe... é um lugar de construção de conhecimento muito grande.* (Jéssica, 4.5, médica)

> *... vejo... alunos... pesquisadores... que não têm a mínima noção do que se faz aqui... do que é um PSF... alunos... que não sabem... o que é atenção primária... não... só... de medicina... todas as especialidades... Acho que é uma janela* (refere-se ao Núcleo como uma janela para a atenção primária)*... vejo a universidade como um... castelo... tem uma série de coisas... dentro... que são próprias... são rotinas... formas de conduzir... vivenciar e que lá fora não são como os da universidade... enxergo... o PSF, como uma possibilidade de tentar enxergar um pouco mais o mundo externo... à universidade... ao hospital... que ainda não se aproxima da realidade do país... o núcleo não é uma realidade A realidade é uma unidade que o prefeito te manda atender cinqüenta por dia e você não tem um mínimo de respaldo pra fazer um trabalho de qualidade... você tem que fazer pré-natal e não tem nem HIV que você pode pedir... digo que é uma janela, porque eu acho que é uma oportunidade de olhar um pouco mais pra realidade, que ainda não é a realidade do nosso país, ainda está bem longe.* (Jéssica, 4.7, médica)

---

[57] No G1 a discussão foi sobre a prática profissional na ESF e experiências de vida,

Tanto Graça (2.1) quanto Jéssica (4.5) enfatizaram as diferenças conceituais e, consequentemente, práticas da atuação pautada nas diretrizes da ESF com a do modelo biomédico de atenção. Para Graça, a concepção de cuidado da ESF requer a aprendizagem e a criação de novos conhecimentos além do trabalho multidisciplinar, haja vista que são responsáveis pelo atendimento global ao paciente e à comunidade. Esta exigência, embora favoreça a criação do conhecimento, de acordo com Jéssica, gera "*angustia*" no profissional pela amplitude da proposta de trabalho uma vez que, não se assiste somente o paciente, mas à família e à comunidade.

No entanto, pela análise do depoimento, fica evidente que esta angustia não deriva, exclusivamente, da amplitude do trabalho na ESF, mas também da perspectiva diferenciada que enseja a ESF, a qual os profissionais não se sentem preparados em virtude da formação ser pautada no modelo biomédico. Em contrapartida, Jessica aponta que o trabalho multiprofissional favorece a troca de conhecimentos e sua construção, minimizando, assim, este sentimento.

Esta hipótese é corroborada pelo depoimento seguinte de Jessica (4.7). Neste, enfatiza que os cursos não preparam os profissionais para atuarem na AP. Para a médica, tal questão é evidenciada pela angustia que os discentes vivenciam diante do trabalho desenvolvido no Núcleo, mesmo não correspondendo à realidade do país, haja vista que sua vinculação à Universidade exclui, alguns dos problemas desinentes aos limites na qualidade geral da atenção à saúde na esfera pública.

A não compreensão do trabalho na AP por alguns profissionais da área da saúde parece gerar indignação e sentimento de menos valia profissional. Tal fato foi verificado também durante a observação de uma reunião na qual um docente do curso de Fisioterapia apresentou aos profissionais do Núcleo[58] a proposta de um estágio. Neste, os alunos fariam o levantamento das famílias atendidas pelo Núcleo e suas necessidades de cuidados fisioterápicos e, posteriormente, realizariam as intervenções. O docente enfatizou que a proposta partia da perspectiva de "*territorialização*" da clientela atendida, indo ao encontro com o trabalho realizado na ESF.

Após apresentação da docente, Maria (ACS) indagou se realizariam *"atendimento em atenção continuada";* a docente referiu, não justificando, que os alunos aprendiam a atuação nos níveis secundário e terciário da atenção e não primário, ao menos naquele momento.

[58] Todos os profissionais do Núcleo estavam presentes, exceto o coordenador, neste período a coordenadora estava afastada e ainda não havia sido nomeada a próxima coordenação.

Jéssica (médica) explica que no Núcleo só eram realizados estágios com propostas convergentes às atividades desenvolvidas na AP e sugere que o estágio fosse direcionado à capacitação da equipe às questões vinculadas a problemas fisioterápicos, bem como orientação aos usuários do serviço: *"...o Núcleo busca capacitar alunos e profissionais, não montar ambulatórios..."*. João Pedro (dentista) ressalta a importância dos estagiários frequentarem as reuniões de equipe em que são discutidos os casos atendidos pelos profissionais e, complementando a fala de Jessica, adverte quanto ao *"... perigo do estágio não se configurar em um trabalho de atenção primária à saúde"*. Em seguida, Jéssica (médica) e Rosinha (enfermeira) apontam para a necessidade dos estagiários atuarem na recepção do serviço auxiliando nas atividades gerais como atendimentos telefônicos, pegar e arquivar prontuários e, sobretudo, realizarem o acolhimento:

"Essas atividades não são função de ninguém, mas sim de todos" (Rosinha, enfermeira).

Finalizando, João Pedro (dentista) pergunta a docente qual a expectativa em relação ao estágio, e esta responde: *"Construir junto!"* e justifica que o trabalho na atenção primária estava para ser *"construído"*.

Após a reunião, a docente foi convidada para um café[59]; a mesma agradeceu e justificou sua ausência. Durante este foi observado um incômodo, evidenciado pela não continuidade da discussão entre os profissionais dos temas abordados na reunião como era de costume entre a equipe

A situação descrita evidenciou que, embora haja o desejo que os objetivos e práticas da AP sejam conhecidos por todos, o não (re)conhecimento destes sobretudo, pelos membros da Universidade, que é uma instituição valorizada socialmente e formadora de profissionais, gera sentimentos ambivalentes de menos valia nos membros da equipe.

[59] Após as reuniões os profissionais sempre se reúnem na cozinha para tomar café da manhã, as despesas são rateadas entre todos que participam da rotina do Núcleo assim como a preparação.

4.4. Equipe: possibilidade da mudança ou manutenção da reprodução da dinâmica das relações sociais?

Os conteúdos da Categoria Temática *Equipe* estão vinculados às formas pelas quais a estruturação desta e as relações estabelecidas entre seus membros favorecem e/ou dificultam a realização do trabalho e, consequentemente, a apropriação do conhecimento informal e seu processo de incorporação no cotidiano do trabalho. Esta Categoria foi desdobrada em quatro Subcategorias*: Bloqueios lógicos/psicológicos, Reificação, Subordinação e Integração.*

Os *Bloqueios lógicos/psicológicos* estão associados aos relacionamentos interpessoais entre os membros da equipe e demonstraram dificultar a realização do trabalho.

Na entrevista de Graça (auxiliar de enfermagem) estes *Bloqueios* foram associados aos conflitos entre os profissionais, sendo a resolução destes favorecedora do fortalecimento do vínculo entre a equipe:

> *... tem as reuniões... Que... foram muito proveitosas... juntava a equipe pra... vamos resolver o problema?!"... lavar as roupas sujas"... é... bom quando acontece... fortalece o vínculo com a equipe... resolvia as questões... esclarecia as dúvidas... faz parte do processo de trabalho, mas tem que tá junto todo dia... com o tempo há um desgaste nas relações... Você fica muito próximo das pessoas, das mesmas todos os dias, dá um quê de intimidade... às vezes, isso interfere no seu relacionamento profissional... fica um pouco difícil você se pôr como profissional pra pessoa...* (Graça, 2.8, auxiliar de enfermagem).

No G3[60], os *Bloqueios lógicos/psicológicos* foram configurados pelas críticas ao trabalho realizado que, para os profissionais, quando não são de ordem pessoal, favorecem a reflexão do trabalho visando o enfrentamento à crítica. Neste sentido, Rosinha (enfermeira) explica:

> *Críticas ao trabalho existem, de várias formas, o tempo inteiro... mas tem críticas que vem para ajudar a reestruturar, a pensar junto.... depende... de como vem... pode vir só pra destruir.... a gente esta sendo avaliado o tempo inteiro, desde a própria equipe... outras equipes... Secretaria da Saúde, Secretaria do Estado que olha só o número e avalia... projetos de pesquisa que acontecem aqui que depois olham e criticam nosso trabalho... mas é muito difícil quando a crítica é ao trabalho de uma pessoa e que vem de uma forma pesada.*

Rosinha (enfermeira), Carlos (ACS) e Neuza (ACS), no G3, se referiram à importância da separação entre crítica pessoal e profissional, mas relataram a ambivalência de sentimentos gerada pela dificuldade em fazer esta distinção. Esta dificuldade foi relacionada, sobretudo, às relações pessoais pré-existentes entre os membros da equipe. Neste sentido, os profissionais

---

[60] No G3 a discussão foi sobre os colegas de trabalho e atuação profissional. Participaram deste grupo: Maria (ACS), Graça (auxiliar de enfermagem), Rosinha (enfermeira), Ana (ACS), Aline (ACS), Carlos (ACS) e Neuza (ACS).

disseram que o espaço onde a crítica é feita determina a sua natureza, ou seja, quando é realizada dentro do espaço da equipe como em reuniões é considerada uma crítica profissional, mas se o mesmo conteúdo for colocado fora deste espaço, torna-se pessoal. No entanto, no trecho abaixo do G3, observa-se que a legitimidade da crítica está associada mais à posição/status de quem fala, dentro da divisão técnica/social do trabalho, do que ao local em que é falado.

> **Neuza (ACS):** *Assim aqui com a chefia, que a gente tem, a gente não tem problema nenhum o problema são as pessoas que não são chefes e querem mandar e querem fazer o papel do chefe, entendeu? É onde destroi.*
>
> **Joana:** *E qual momento constroi?*
>
> **Neuza (ACS):** *Então, éhhh sempre tem o lado bom e o lado ruim, sempre tem a pessoa, né? Constrói nesse sentido de troca mesmo, de aprendizado, agora destrói nesse sentido, pessoas que não tem nada a ver, que tem o mesmo trabalho que você e quer mandar, assumir uma posição que não é dela, entendeu? Então, eu acho que isso ai é pra destruir. Eu acho que a pior coisa que tem em um ambiente de trabalho é isso ai.*

Segundo Ferreira et. al. (2009), a reprodução da dinâmica das relações sociais acontece no interior das equipes. Neste sentido, as relações hierárquicas prevalecem naturalizadas na dinâmica da equipe estudada, reduzindo a possibilidade da construção, haja visto que a crítica que poderia favorecer a reflexão do trabalho desenvolvido só é aceita quando é realizada por um profissional hierarquicamente superior.

Ferreira et. al. (2009), em estudo que analisou a produção do cuidado pelo ACS na Saúde da Família, identificou que a horizontalização das relações de poder entre ACS e os demais profissionais da equipe se efetiva quando estes realizam, conjuntamente, visitas domiciliares. De acordo com os autores, estes espaços propiciam o compartilhamento da gestão do cuidado pela equipe. Em contrapartida, nos demais espaços de trabalho foram verificados micropoderes[61] permeando as relações, sobretudo vinculados à hierarquização do saber legitimados pelos níveis de gestão da secretaria de saúde local.

Matumoto et. al. (2005), em artigo que tinha como objetivo refletir sobre a experiência de supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família, faz as seguintes considerações sobre a divisão técnica/social do trabalho na dinâmica das equipes supervisionadas:

> Nas reuniões de equipe é freqüente observar uma hierarquização nas manifestações: primeiro fala o mais graduado, o socialmente mais reconhecido, para, em seguida vir a fala dos demais, numa espécie de escala graduada pela posição-valor daquele profissional, naquele micro-espaço social[...] O conteúdo da fala tem impacto diferente a depender de quem fala e também do lugar que ocupa a pessoa que

[61] De acordo com Ferreira et. al. (2009), os poderes existentes nas relações estabelecidas entre os profissionais da ESF são: político, técnico (saber) e administrativo.

> fala[...] As relações de poder estabelecidas nas divisões de classe também são reproduzidas na divisão social/técnica do trabalho assim como as relações políticas e ideológicas, conforme os lugares das classes sociais de que são provenientes os trabalhadores, aceitas e reforçadas culturalmente como inerentes às relações sociais (MATUMOTO et. al., p. 21, 2005).

Embora na relação estabelecida entre os membros da equipe durante o cotidiano do trabalho não tenha sido observada, explicitamente, uma assimetria entre as categorias, foi verificada uma introjeção da hierarquização por parte destes, e consequente reprodução, como exemplificado por Neuza. No entanto, há que se considerar que, durante os três grupos focais realizados nos dois primeiros, quem iniciou a discussão foram profissionais de categorias mais valorizadas socialmente, dando, assim, indícios desta divisão social no interior da equipe.

De acordo com Matumoto et al. (2005), os conflitos no interior das equipes não devem ser analisados como pessoais, mas sim como decorrentes da reprodução da divisão técnico/social no interior destas.

No G3, quando questionados como a crítica poderia propiciar a criação do conhecimento, os profissionais falaram sobre uma planilha de atividades diárias elaborada pela enfermeira em decorrência à crítica de que o Núcleo, alguns meses, realizava um número de procedimentos inferior ao esperado pelo Ministério da Saúde.

> **Joana:** *A Rosinha colocou uma questão que é assim: a crítica como uma possibilidade de reflexão sobre o que é feito e de mudança, o que vocês acham disso? Como isso pode ocorrer? Se é que vocês acham que isso ocorre.*
>
> **Neuza (ACS):** *Há três meses atrás a Rosinha fez uma planilha, né? Isso daí ajudou muito, não é? Tem coisa que constrói por que... é uma planilha que a gente coloca tudo o que faz ali. Ali dá para você ter uma noção porque, às vezes, você está com um número baixo de visitas: "Nossa por quê? Porque, você vai na planilha e você vê. Isso daí é uma coisa boa, é um instrumento legal de trabalho pra gente consultar. Então, essas coisas a gente constrói junto, entendeu?*
>
> **Joana:** *Que planilha é essa?*
>
> **Carlos (ACS):** *É uma planilha de atividade, porque, às vezes, a gente faz uma coisa, por exemplo, um grupo e acaba não constando no SIAB, essa planilha serve pra gente lembrar: "Ah, eu fiquei em grupo".*
>
> **Neuza (ACS):** *Ah, eu fiz menos visitas porque eu participei de um grupo, curso.*
>
> **Aline (ACS):** *A gente vai fazendo essas anotações na própria folha do SIAB*
>
> **Joana:** *Essa planilha já existia?*
>
> **Aline (ACS):** *Não, foi a Rosinha. Porque, o que eu preciso fazer pra cumprir minha meta, sabe?*
>
> **Joana:** *A Rosinha montou essa planilha.*
>
> **Aline (ACS):** *Esse mês eu coloquei no SIAB as visitas e o que eu faço todos os dias.*

Joana: *É diária a planilha?*

Aline (ACS): *Por exemplo, fiz um grupo anoto, ajuda muito a gente ver o que fez durante o dia o que fiz à tarde.*

Joana: *E de onde a Rosinha tirou essa idéia?*

Rosinha (enfermeira): *A eu fiz pensando no trabalho, em ajudar mesmo ajuda no planejamento do serviço.*

Neuza (ACS): *E ajuda também no fechamento, no relatório.*

A criação de instrumentos de trabalho, elaborada pela equipe a partir da reflexão de uma crítica, reproduz a dinâmica da organização do trabalho preconizada pelo modo de produção vigente, pois vincula-se ao controle e à manutenção das desigualdades no interior da equipe. Deste modo, observa-se que por mais que a ESF tente romper com o modelo hegemônico de atuação, a forma com que o Ministério da Saúde avalia a Estratégia favorece com que os profissionais criem instrumentos de trabalho que perseveram na racionalidade técnica.

No G3, de acordo com os profissionais, a crítica pode servir também para a construção das relações, à medida que perceberam que um dos maiores aprendizados com os colegas de trabalho era aprender a se relacionar tendo por base o respeito e a busca da compreensão de seu comportamento e do outro nesta relação.

O foco central é o trabalho, mas o relacionamento vem junto, não tem como... (Neuza, ACS)

De acordo com Dejours (2004), trabalhar só pode ser a prova eletiva da revelação da vida se, na relação com o trabalho, o trabalhador tiver reconhecida e respeitada sua subjetividade. Neste sentido, o aprender a se relacionar com o colega de trabalho torna-se fundamental não só para o favorecimento da criação do conhecimento via trabalho, mas, sobretudo, para propiciar a omnilateralidade humana[62].

Em contrapartida, a *Reificação*[63] do profissional no processo de trabalho demonstrou ser geradora de conflito durante a atuação. Esta parece estar vinculada à concepção incorporada de equipe e/ou seu funcionamento, como pode ser observado no depoimento abaixo:

... você vai de repente tendo que colocar limites... não pode agir por si porque se é trabalho de equipe, é a equipe que resolve... decide, às vezes, eu não concordo com certas direções... me sinto amarrada (questionada como faz em situações em que tem que tomar uma decisão).

---

[62] Refere-se à formação humana oposta à formação preconizada pelo modo de produção capitalista, ou seja unilateral decorrente do trabalho alienado, divisão técnica/social do trabalho e reificação.
JUNIOR SOUSA, J. Omnilateralidade. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** (on line). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/omn.html>.

[63] Subcategoria da Categoria Temática *Equipe.*

> *É muito difícil... falar por si... Você fala pela equipe e quando... estou em uma visita domiciliar não sou eu... É a equipe... o Serviço que esta indo através de mim eu sou um instrumento* (Maria, 1.2, ACS)

No G3, foi relatado que a troca de conhecimentos e experiências entre os membros da equipe favorece o trabalho à medida que proporciona a construção conjunta deste. No entanto, a forma como os trabalhadores concebem a equipe e/ou seu funcionamento, pode desvitalizar a prática profissional, na medida em que retira a autonomia do profissional durante a atuação ocorrendo, assim, a reificação do trabalho em equipe. A reificação do profissional parece derivar da introjeção das relações de poder no interior da equipe. Deste modo, o ACS, sendo o profissional que tem suas bases na comunidade e não na academia, não possui voz/poder legitimado durante o contato individualizado, no domicílio, com o usuário.

Para Figueiredo (2010) o contexto organizacional da ESF esbarra em dificuldades para administrar necessidades, muitas vezes concorrentes, entre as demandas da equipe e da comunidade. Neste contexto, há a ruptura na questão da integralidade do papel profissional do ACS; o autor faz as considerações sobre a atuação do ACS:

> [...] os efeitos da racionalidade técnica/especializada que, ao estabelecer uma ruptura entre os processos de concepção e execução do trabalho em saúde, dicotomiza as funções do agente comunitário em "feudos" que, independente dos processos nascentes da práxis, impedem a síntese necessária entre as demandas e as ações a elas dirigidas (FIGUEIREDO, 2010, p. 10)

A reificação do profissional opera como um mecanismo de controle da subjetividade do trabalhador, eliminando a experiência prévia deste e a possibilidade da criação. "... *A racionalidade gerencial hegemônica persegue a utopia de reduzir o sujeito do trabalho a um objeto...*" (CAMPOS, 2010, p. 2338). Deste modo, Maria (ACS) identifica-se a um "*instrumento*" da equipe, não podendo, assim, manifestar sua subjetividade no contato domiciliar com o usuário do serviço.

A *Subordinação*, nesse estudo, se desdobrou como Subcategoria da Categoria Temática *Equipe*. Durante a observação participante, foi verificado que, por mais que os profissionais tentem realizar um trabalho em conjunto e com certa autonomia estes, sobretudo nos momentos de conflito e divergências de opiniões na equipe necessitam de um comando evidenciando uma dependência da coordenação.

> ...(refere-se aos problemas pessoais na equipe) *a função de existir o coordenador, porque ele é uma figura que faz parte, todo mundo pergunta, quando surge algum problema de maior complexidade, fala "A equipe vai resolver", cadê o coordenador? É a pergunta que todo mundo faz. O coordenador é uma pessoa de peso, que tem mais vivência... conhecimento... talvez por isso, a equipe é um pouco dependente de coordenação mesmo, uma coordenação maior* (Graça, 2.9, auxiliar de enfermagem).

A *Subordinação* e a consequente dependência da coordenação estão associadas à concepção arraigada da racionalidade técnica do trabalho e não favorecem o processo de construção do conhecimento pelos membros da equipe, uma vez que estes têm a autonomia reduzida.

Matumoto (2005) et. al., supervisionando equipes do PSF, observaram que nos momentos de ambivalência da atuação vinculados, sobretudo, à prática voltada à produção de procedimentos ou cuidado, os profissionais constituem um movimento de dependência da supervisão, esperando desta respostas prontas. Neste sentido, os autores apontam para a necessidade dos profissionais e do supervisor[64] estarem conscientes de que é a equipe que constitui seu caminho sendo, que o papel do supervisor, neste processo, é de copensador, ou seja, aquele que "*pensa junto*" e não "*pensa por*".

No período da coleta de dados desse estudo, a equipe demonstrava sentimento de desamparo em relação à coordenação, que seria substituída, e receio em relação à substituição. Tal fato pode ter favorecido o aumento da dependência da mesma. Conjugando todas as informações coletadas – entrevistas, grupos focais e observação participante – verificou-se que a construção do conhecimento pela equipe foi favorecida pela coordenação do Núcleo, na época de estruturação do mesmo, que a partir de processos grupais[65] ajudava-os a problematizar as questões e a pensar enquanto equipe. Estes processos propiciaram a atuação a partir da concepção que o trabalho deve ser construído conjuntamente, o que segundo os profissionais, ao mesmo tempo em que reforçava a necessidade da equipe ter um espaço para si, a fortalecia como tal; e no momento da coleta de dados, diante do desamparo e do não-saber, reforça a dependência e a subordinação desta à coordenação.

Além disto, observou-se uma dependência da coordenação para a resolução de questões de ordem administrativa do trabalho, como pode ser observado no trecho abaixo do G3:

> **Rosinha (enfermeira):** *Não só os conflitos, mas as necessidades no sentido que vai colocar a agenda de compromissos pessoais dentro do trabalho não dá, né? Tem coisa que não tem como fugir, mas tem coisa que tem, né? Então, se a gente resolver que eu quero fazer um curso três horas da tarde, então eu vou sair três horas da tarde não dá, né? Compromisso médico não tenho, tem que ser no horário porque é no mesmo horário que é o trabalho, mas se a gente resolver colocar uma agenda pessoal aqui dentro não dá pra gente conciliar. Então, eu acho que é isso mesmo a gente tem que pensar é horário do trabalho, é horário do trabalho, se a gente está aqui tem que fazer (não dá para compreender a fala) e da melhor*

[64] Em virtude do desejo narcísico do supervisor.

[65] Embasados no referencial teórico dos Grupos Operativos de Pichon Rivière.

maneira possível, né? Que nem a Graça falou, tem que tentar da melhor maneira que... resolver, né?

Aline (ACS): (incompreensível a fala).

Rosinha (enfermeira): *Não tem como resolver!*

Todos riem.

Rosinha (enfermeira): (Risos). *Ah, essa discussão não me pertence.(* Risos) *Ah, a coordenação!*

Aline (ACS): *O novo coordenador!*

Rosinha (enfermeira): (Risos). *Sob nova direção.* (Nome de um Programa Humorístico, Risos).

O desamparo diante do não-saber durante a atuação propicia a prática pautada na racionalidade técnica (MATUMOTO et. al , 2005), ou sej,a produção de procedimentos e reprodução cristalizada no interior da equipe das relações sociais.

"*Um dos desafios para os trabalhadores do Saúde da Família contratados para constituir uma equipe é justamente compreender a dinâmica do seu próprio processo de construção-descontrução-reconstrução*" (MATUMOTO, et al., 2005, p.13).

Neste sentido, os profissionais devem conceber a equipe como uma organização grupal (grupo). Segundo Matumoto et. al. (2005), a equipe concebida enquanto grupo deve trabalhar tendo por base a recomposição dos saberes e a visão da equipe enquanto totalidade, o que não implica em uniformidade de idéias e modos de conceber o mundo.

Este desafio vincula-se ao rompimento do modelo hegemônico de atuação, indo em direção a uma perspectiva dialética de processo de trabalho. Neste sentido, foi observado que a equipe estudada oscila entre uma atuação pautada no modelo hegemônico e uma concepção social e processual do trabalho em saúde pautada na perspectiva da Reforma Sanitária; ou seja, vivencia a dialética das mudanças paradigmáticas como explicitado por Mendes (1996).

Finalizando, a *Integração* entre os membros da equipe foi configurada como Subcategoria da Categoria Temática *Equipe*. A socialização das questões emergentes da prática, verificada na observação, configurou-se na capacidade de distribuir informações, tarefas e buscar um entendimento conjunto dos casos atendidos, o que gera, entre os profissionais, uma compreensão meta comum minimizando assim, a lógica da especialidade em saúde. Em contrapartida, a *Integração* foi identificada como cooperação voltada para as atividades no grupo, subentende no fechamento da equipe para uma meta comum, no entanto mantendo a integridade da especialidade em saúde. Neste contexto, a *Integração* parece ser uma etapa derivada da socialização.

> *... nós fizemos curso juntos de finais de semana... era muito interessante... Durante a semana a gente discutia... do curso... do que acontecia na dinâmica de algumas famílias relacionando ao curso... nesse período a gente tava em fase de crescimento... eu aprendi muito e também ensinei muito...* (Graça, 2.3, auxiliar de enfermagem)

> *... traz pra reunião de equipe e discute... tem muita gente aqui pra quebrar a cabeça, sempre alguém vai ter uma idéia... já vai ter ouvido falar... vai pensar junto... a discussão com a equipe... sempre foi o ponto principal do Núcleo... o que mais faz a gente crescer... vai olhando uma situação... sob vários pontos de vistas... ajuda... a enriquecer a forma de atuar.* (Rosinha, 3.3, enfermeira).

> *Compartilhando... a gente constrói uma decisão conjunta... não tem essa história de hierarquia... isso permite... que o conhecimento seja construído... com mais propriedade... consegue instituir uma terapêutica e que você tem a visão do terapeuta ocupacional... psicólogo... são vários conhecimentos com bagagem técnica, científica e de experiências pessoais que estão sendo compartilhadas pra um mesmo caso...* (Jessica, 4.4, médica).

A *Integração* da equipe compreendida enquanto cooperação, para Dejours (2004), supõe um compromisso técnico e social entre os trabalhadores. Neste sentido, para que haja a cooperação deve haver a renúncia, pois trabalhar significa viver junto.

"*... o viver junto não é algo evidente; ele supõe a mobilização da vontade dos trabalhadores visando conjurar a violência nos litígios ou os conflitos que podem nascer de desacordos entre as partes sobre maneiras de trabalhar*." (DEJOURS; 2004, p. 32).

Nesse estudo, a renúncia para que haja a cooperação fica mais evidente nas relações internalizadas de poder; desta forma, a renúncia parece partir das categorias profissionais menos privilegiadas, como foi evidenciado no depoimento de Maria (1.2, ACS):

> *... decide, às vezes, eu não concordo com certas direções... me sinto amarrada ...*

Contudo, se a renúncia não gerar sofrimento, como ocorre no processo de reificação do profissional, propicia a *Integração* da equipe e favorece uma atuação mais humanizada na medida em que juntos os profissionais constroem o cuidado ao paciente.

Segundo Merhy (2005), por mais que cada categoria profissional da área da saúde possua suas valises[66], existem saberes e práticas que não pertencem, exclusivamente, a nenhuma categoria, fazendo referência a todas e criando uma permeabilidade entre as especialidades e entre os profissionais e os usuários.

> Porosidades localizadas de modo mais explícito nas valises das relações, que opera tecnologias leves para dar conta dos encontros e relações de alteridades, com o outro: o usuário. Mas, estas porosidades também estão localizadas em um núcleo tecnológico não profissional de conformação, para dar conta do cuidado que

[66] *"... valises representam caixas de ferramentas tecnológicas, enquanto saberes e seus desdobramentos materiais e não-materiais, que fazem sentido de acordo com os lugares que ocupam naquele encontro e conforme as finalidades que o mesmo almeja..."*(MERHY, 2000, p.109)

> denomino de dimensão cuidadora das práticas de saúde, que visa ou é visado pelo mundo do referente simbólico do campo (MERHY, 2005, p.9)

Esta permeabilidade, para o autor, favorece a desterritorialização dos profissionais e, consequentemente, a quebra da hierarquia embasada nas especialidades. Consideramos que nesta permeabilidade está a potência da criação do conhecimento; portanto, os profissionais devem ser sensibilizados para esta característica do trabalho em saúde.

Durante a observação participante, foi verificado que mesmo em algumas discussões de caráter técnico, os profissionais buscam construir o cuidado a partir de uma relação simétrica entre as categorias, como exemplificado no caso abaixo:

Após atender uma paciente, Jessica (médica) discute com Graça (auxiliar de enfermagem) o curativo que tem sido feito na mãe dessa. Ambas expõem suas opiniões, levando em consideração os aspectos técnicos do procedimento e as condições psicossociais da paciente, concluem que a forma deve ser mudada e, conjuntamente, definem um novo método de fazê-lo.

O caso descrito demonstrou estar pautado na valorização mútua dos saberes concebido em uma relação simétrica. No entanto, embora essa busca pela simetria das relações tenha sido observada no comportamento de todos os profissionais do Núcleo estudado; contraditoriamente foi identificado que cada profissional tem introjetado a hierarquia das especialidades. Neste sentido, não há um menosprezo ao trabalho e discurso de quem é inferior nesta hierarquia, mas um respeito e receio em se posicionar diante dos profissionais de hierarquia superior.

Fica evidente que, no grupo estudado, ainda não há, plenamente, a percepção que o cuidado em saúde exige uma permeabilidade entre os saberes, não cabendo assim, como afirma Merhy (2002), espaço para a impotência e, acrescentamos, subjugamento.

> Na micropolítica do processo de trabalho, não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho esta sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode estar sempre “atravessado” por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. Exemplo disso é a criatividade permanente do trabalhador em ação em uma dimensão pública e coletiva, podendo ser “explorada” para inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas (MERHY, 2002, p. 61)

Neste sentido consideramos que, embora existam assimetrias vinculadas ao saber no interior das equipes, estas não devem ser sobrepostas, mas relacionarem-se dialeticamente, pois são igualitariamente importantes dentro do processo do cuidado. O reconhecimento da importância dos diferenciados saberes favoreceria a construção do conhecimento pautada no

cuidado e não na produção de práticas convergentes à racionalidade do trabalho. Além disto, os profissionais deveriam considerar os conflitos de todas as naturezas vivenciados pela equipe como possibilidades para a criação do conhecimento a partir de seus enfrentamentos.

Neste sentido, para Merhy (2002, p.9) o trabalho em saúde se configura como:

> [...] encontros de sujeitos em ação, com seus poderes, produzindo relações, se interditando e mutuamente produzindo. Com isso, disparando nos mapas destes encontros possibilidades de novos desenhos, como um aberto para novas conformações cartográficas. Micropolíticos, pois é aí que o trabalho vivo em ato se efetiva na construção do cuidado e como tal opera como parteiro de palavras, significados e sentidos. Aí é possível construirmos dispositivos de gestão coletivas do trabalho em saúde, que abram encontros públicos para os fazeres privados dos atos profissionais centrados.

Deste modo, o autor considera que a atuação em saúde deva ser concebida e gerenciada na lógica do trabalho como ato pedagógico pautado na educação permanente das equipes.

Esse estudo deu visibilidade que a construção e sistematização do conhecimento, pela equipe e pelos profissionais isoladamente, estão presentes na atuação na ESF mesmo diante das contradições da organização do trabalho na Estratégia, que são reforçadas por concepções pautadas na racionalidade do trabalho arraigadas e reproduzidas pelos profissionais estudados. Consideramos que as gestões dos serviços devem operar de modo a valorizar e favorecer esta criação e sistematização, assim como a autonomia das equipes em seu processo de construção do conhecimento e autogerenciamento. Pois é na valorização da subjetividade, das relações e da autonomia que o cuidado se efetiva legitimamente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. CONIDERAÇÕES FINAIS

A partir da perspectiva hermenêutico-dialética, esse estudo objetivou identificar em profissionais que atuam na ESF elementos para a compreensão das relações estabelecidas entre prática profissional, apropriação do conhecimento informal e seu processo de incorporação no cotidiano do trabalho em saúde; deste modo não pretendíamos encontrar respostas, mas sim abri-lo para um processo reflexivo.

Compreendemos que o trabalho na ESF é marcado por contradições, pois por um lado sua concepção visa a superação do modelo biomédico da atenção em saúde (CAMARGO JÚNIOR, 2005) mas, por outro é determinado pela racionalidade da organização do trabalho (CAMPOS, 2007; FRANCO & MERHY, 1999), que é reforçada pela concepção reificada de conhecimento arraigada pelos profissionais**.** No entanto, foi identificado que os profissionais, mesmo vivenciando estas dissonâncias, produzem conhecimentos e os sistematizam durante a atuação.

A *Competência Técnica* se, por um lado, é fetichizada pela equipe, por outro mostra-se mutável, favorecendo a constante atualização profissional. No entanto, há que se considerar que esta constância deriva do fato do Núcleo estudado ser vinculado à Universidade. A valorização dos aspectos psicossociais que envolvem o cuidado está presente na atuação dos profissionais, mas demonstrou gerar conflito durante a atuação sendo a resolução deste encontrada na aprendizagem de técnicas que os contemplem e/ou na prática voltada para o modelo biomédico de atenção em saúde, que minimiza as dissonâncias vivenciadas na relação com o usuário do serviço. Os conhecimentos advindos dos usuários, por sua vez, embora sejam considerados pelos profissionais, são analisados/compreendidos pela lógica da racionalidade da ciência. Deste modo, considera-se que, por mais que os profissionais busquem superar a visão racional do conhecimento, esbarram em questões paradigmáticas que têm arraigadas desde a formação e são reforçadas pela organização do processo de trabalho.

O processo de *Apropriação* da prática pelos profissionais, oscila entre o estranhamento do trabalho à atividade subjetivante, pois, se por um lado, os trabalhadores vivenciam *limites paradigmáticos* que são reforçados por suas visões reificadas de conhecimento que suscita a normatização do cuidado, ao trabalhar os profissionais utilizam de suas experiências singulares para fazer frente às questões derivadas deste processo, criando, assim, estratégias diferenciadas à atuação que propiciam a postura empática, o "*ouvir*" diferenciado e o

acolhimento. A reflexão, pela equipe, do trabalho realizado no Núcleo também favorece a construção e sistematização conjunta do conhecimento, como pôde ser observado na criação da estruturação do atendimento a pacientes diabéticos, na elaboração da ficha de notificação de violência e na estratégia de orientação aos usuários sobre o sigilo das informações.

No entanto, foi identificado que o não reconhecimento social deste processo de construção gera o sentimento de menos-valia, de expropriação e imobiliza a dinâmica subjetiva da inteligência, não propiciando ao profissional a experiência de prazer e de conquista da subjetividade decorrente da criação via trabalho.

Neste sentido, também foi configurada a forma com que são organizados os processos avaliativos aos quais os profissionais são submetidos que por valorizarem a produção de procedimentos - excluindo os elementos psicossociais que envolvem o cuidado - geram nos profissionais um sentimento de não trabalho; este sentimento esvazia a atuação de sentido, favorecendo o estranhamento em relação ao trabalho. Deste modo, partindo da perspectiva processual de trabalho, consideramos que a avaliação deve ser pautada na síntese do trabalho realizada pelos profissionais, conjuntamente, com os usuários do serviço.

A reflexão sobre o *contraponto* da prática em saúde de acordo com as diretrizes da ESF favorece a construção de um cuidado mais humanizado; no entanto, o não reconhecimento, sobretudo pelos membros da academia, desta forma de atuação propicia a indignação e o sentimento de menos valia profissional.

Por fim, a concepção arraigada de conhecimento demonstrou suscitar a reprodução, no interior da *equipe*, da dinâmica das relações sociais, favorecendo o conflito derivado das relações de poder, a dependência da coordenação e a criação de instrumentos de trabalho convergentes com a organização racional deste. Mas, mesmo diante destas dissonâncias, a reflexão pela *equipe* do trabalho desenvolvido e dos conflitos vivenciados demonstrou ser um espaço fértil para a socialização e a integração do conhecimento informal, portanto, propício para a criação conjunta do conhecimento e práticas de trabalho.

A atuação na ESF emana da tentativa de mudança paradigmática na forma de se conceber saúde. Deste modo, conceitos e práticas novas e antigas convivem dialeticamente durante a realização do trabalho, sendo que suas dissonâncias podem propiciar, no interior da equipe, a reflexão para sua superação.

Neste sentido, consideramos que as gestões dos serviços devem operar de modo a valorizar e fomentar a criação e a sistematização do conhecimento informal pelos

profissionais, assim como a autonomia das equipes em seu processo de construção do conhecimento e autogerenciamento. A reflexão conjunta do trabalho pode ser um espaço potente para a criação do conhecimento e valorização, pelos profissionais, do conhecimento a partir da perspectiva processual e compartilhada; isto favoreceria o reconhecimento da subjetividade dos trabalhadores no processo de trabalho e, portanto, sua humanização.

Deste modo, concordamos com Campos (2007) e Franco e Merhy (1999), que afirmam que para a ESF de fato romper com a atuação pautada no modelo biomédico deve buscar a mudança dos microprocessos do trabalho em saúde e dos fazeres do cotidiano de cada profissional que, em última instância, é o que define o perfil da assistência. Deste modo, deve valorizar e favorecer a criação do conhecimento pela equipe.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS [67]

ALEXANDER, F. G.; SELESNICK, S. T. Parte I: A Idade da Psiquiatria. In: _____ **História da Psiquiatria**: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente. São Paulo: Ibrasa, 1980, p.14-37.

_____ Parte II: Da Antiguidade até a Era Moderna. In:_____ **História da Psiquiatria**: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente. São Paulo: Ibrasa, 1980, p.41-240.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface** – Comunic., saúde, Educ., v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994. 204p.

BERLINGUER, G. A doença como diversidade. In: _____ **A doença.** Ed. CEBES-HUCITEC, São Paulo, 1988. p. 58-75.

_____ A doença como perigo. In: ____ **A doença.** Ed. CEBES-HUCITEC, São Paulo, 1988. p. 76-93.

_____A doença como sinal. In: ____ **A doença.** Ed. CEBES-HUCITEC, São Paulo, 1988. p.94-119.

_____ A doença como sofrimento. In: _____ **A doença.** Ed. CEBES-HUCITEC, São Paulo, 1988. p. 38-57.

BERTOLOZZI, M. R; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e p e r s p e c t i v a s atuais. **Rev.Esc.Enf.USP,** v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BORGES, C. D.; SANTOS, M. A.; BALIEIRO, M. Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. **Revista da SPAGESP**, v.6, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégia saúde da família sistema de informação da atenção básica SIAB**. 2005. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/PSF/Textos/cartilha_siab.doc. Acesso em: 22 de setembro de 2008.

_____. **Portaria Nº 1.996/GM de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **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

[67] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023. In: FUNARO,V.M.B.O. et al **Diretrizes para apresentação de dissertação e teses da Universidade de São Paulo.** Parte I (ABNT). 2ª ed. São Paulo: SIBi – USP, 2009. 102 p.

para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/3.4-%20Port%20648-GM%2028-03-06%20Pol%20Nacional%20de%20AB.pdf > Acesso em 27 de janeiro de 2011.

_____. **Atenção Básica**: saúde da família, 2006. Disponível em <*http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php*> Acesso em 14 de maio de 2007.

_____. **Resolução nº. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRAVERMAN, H. Gerência Científica. In:_____ **Trabalho e Capital Monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3.ed. São Paulo: LTC, 1987. p.82-109.

BRITO, L. M. P. Gestão de Competências, Gestão do Conhecimento e Organizações de Aprendizagem: instrumentos de apropriação pelo capital do saber do trabalhador. **Cadernos de Educação, FaE/PPGE/UFPel.** Pelotas [31]: 203 - 225, julho/dezembro 2008

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5(1), 163-177, 2000.

CAMARGO-BORGES, C. O **Construcionismo Social no contexto da Estratégia de Saúde da Família**: articulando saberes e práticas. 207p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

_____. **Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo em uma comunidade alvo do Programa de Saúde da família (PSF).** 195 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822005000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 Maio 2007.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. A biomedicina. **Physis**: Rev. de Saúde Coletiva, 15(Suplemento), 2005, 177-201. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a09.pdf>. Acesso em: 07 outubro 2008.

_____. (In)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. **Physis,** Revista de Saúde Coletiva, v.2, n.1, p. 203-228, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade com autonomia. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5): 2337-2344, 2010

_____. Comentário: reforma da Secretaria de Estado de São Paulo durante os anos 70 e o Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, Feb. 2006. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Feb. 2011.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007. (Saúde em Debate). p. 229-66.

_____. **Um Método para a Análise e Co-gestão de Coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007 (Saúde Mental em Debate). 236p.

CAPRA, F. O modelo biomédico. In: _____. **O ponto de mutação**. São Paulo: Editora Cultrix, 1982. p.116-155.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa *grupo focal* em investigações sobre abusos de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, 30 (3): 285-93, 1996.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** – Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

CECÍLIO, L. C. O. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface:** Comunic, Saúde, Educ, v11, n.22, p.345-63, mai/ago, 2007.

CLOTET, J.. Por que Bioética ? **Revista Bioética**, Brasília, v.1, n.1, nov. 2009.

CODO, W. Relações de trabalho e transformação social. In: LANE, S.T.M; CODO, W. (org). **Psicologia Social:** o homem em movimento. 13ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2006. p.136-151.

CRACO, P. F. **Ação Comunicativa no Cuidado à Saúde da Família**: encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários. 2006. 308f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5.ed. Tradução Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. SãoPaulo: Cortez-Oboré, 1992, 168p.

_____. **O Fator Humano**. Tradução Maria Irene S. Betiol e Maria José Tonelli. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997, 95p.

_____. O sofrimento negado. In: _____. **A banalização da injustiça social.** 7ª ed. Tradução Luís Alberto Monjardim. Rio de Janeiro: FGV, 2007b. p.37-60.

_____. O trabalho entre o sofrimento e o prazer. In: _____. **A banalização da injustiça social.** 7ª ed. Tradução Luís Alberto Monjardim. Rio de Janeiro: FGV, 2007a. p.27-36.

_____. Subjetividade, trabalho e ação. Revista Produção, v. 14, n.3, p.27-34, Set./Dez. 2004

DESLANDES, S. F. Humanização: revisando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: _____. (org.) **Humanização dos cuidados em saúde:** conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. v.1, p.33-47.

FERREIRA, V. S. C. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 25(4):898-906, abr, 2009

FERRI, et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface:** Comunic, Saúde, Educ., v.11, n.23, p.515-29, set/dez 2007.

FIGUEIREDO, M. A. C. **Atenção Primária e Família:** a construção de espaços voltados à saúde junto a comunidade. Ribeirão Preto, 2010. 55p. (Projeto de Produtividade em **Pesquisa 2010-2012)**

_____. **Avaliação da Prática Comunitária de Agentes de Saúde da Família.** Um estudo com equipes multiprofissionais e usuários na cidade e região de Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto, 2007. 28p. (Projeto de Pesquisa, CNPq 2007-2009).

_____. **Avaliação de um Programa de Orientação e Suporte Psicossocial ao cuidado doméstico de pessoas que vivem com HIV/AIDS.** Um estudo com base na tríade paciente/profissional/familiar. Ribeirão Preto, 2003. 25p. (Relatório Técnico, CNPq).

_____. Escalas Afetivo Cognitivas de Atitude. Construção Validação e Interpretação de Resultados. In: ROMANELLI, G. e BIASOLI-ALVES, Z.M. **Diálogos Metodológicos sobre a Prática de Pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. p.51-70.

_____. **Notas introdutórias.** A determinação da categoria Trabalho. Departamento de Psicologia e Educação, FFCLRPUSP, Ribeirão Preto, 1995. 8p.

FRANCO, T.; MERHY, E. PSF: contradições e desafios. **Conferência Nacional de Saúde On-line**, 1999. Disponível em: < http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm> Acesso em: 14 de maio de 2007.

GADAMER, H. **Verdade e Método.** Petrópolis: Vozes, 1999.

GONDIM, S. M. G. Grupos Focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, 2003, 12(24), 149-161.

GORENDER, J. Apresentação. In: MARX, K. **O Capital**. Vol.1, tomo 1 São Paulo: Nova Cultural, 1985a.

GUIMARÃES, A. M. **Dicionário do Pensamento Marxista.** Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

HEIDMANN, I. T. S. B., et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2006, abr-jun; 15(2): 352-8.

LAPASSADE, G. **Grupos, Organizações e Instituições.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

LOPES, O. C. **A medicina no tempo:** notas de história da medicina. São Paulo: Melhoramentos, EDUSP, 1970. 339p.

MARX, K. A consciência revolucionária da história. 1. Trabalho alienado e superação positiva da auto-alienação humana. In: FERNANDES, F. (org.). **Marx-Engels**. São Paulo: Ática, 1989. (Coleção Grandes Cientistas Sociais; v. 36). p.152-53.

_____. **O Capital**. vol.1. São Paulo: Abril Cultural, 1983. p.149.

_____. Manuscritos econômicos e filosóficos. In: FROMM, E. **Conceito marxista de homem.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1970. p. 83-170.

MATUMOTO, S. et. al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface** – Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.9-24, set.2004/fev.2005.

MENDES, A. M. B. **Prazer e sofrimento no trabalho qualificado:** um estudo exploratório com engenheiros de uma empresa pública de telecomunicações. 82f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília – UNB, Brasília, 1994.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92p.

_____. A crise da saúde e as reformas do setor. In: _____ **Uma agenda para a saúde.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999. p.15-55. (Série Saúde em Debate).

_____. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In:_____ **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996. p. 233-298.

_____. **A evolução histórica da prática médica**: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1985. 89p.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, June 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Nov. 2010.

MERHY, E. E. Engravidando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda.** 1 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005, v. 1, p. 195-206.

_____. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface -** Comunic., Saúde, Educ., Botucatu, v. 9, n. 16, Feb. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Nov. 2010.

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface -** Comunic., Saúde, Educ., 2000, vol.4, n.6, pp. 109-116.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. 145p. (Saúde em Debate).

MERHY, E. E. et al. Em busca das ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007. (Saúde em Debate). p. 113-150.

MILLS, W. O Trabalho. In: MILLS, W. **A nova classe média**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976. p. 233-260.

MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p. (Saúde em Debate, 46)

_____. Hermenêutico-Dialética como Caminho do Pensamento Social. In: MINAYO, M. C.; DESLANDES, S. F. (coord.) **Caminhos do Pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.83-107

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 153f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MONTEIRO, J. F. A. **O processo de trabalho em HIV/Aids**: a visão dos profissionais. 2006. 276f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MORGAN, D. L. **Focus group as qualitative research**. Qualitative Research Methods Series. 2nd ed. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications, 1997. 80p.

_____. **The focus group guide-book**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1998.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **Criação de conhecimento na empresa.** Rio de Janeiro: Campus; 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Boletim Informativo da 7ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde – Nairobi 2009.** No 1, 27 de outubro de 2009. Nairobi: WHO/AFRO. Disponível em: < http://www.afro.who.int/pt/centro-media/communicados-de-imprensa/1944-conferencia-global-sobre-a-promocao-da-saude-com-enfase-na-implementacao-e-oferta-de-melhores-servicos-de-saude.html.>. Acesso em 11 de Jan. de 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, (OPAS/ OMS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. Washington, D.C.: OPAS, 2007. 33p.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, Dez. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022008000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Nov. 2010.

PEDUZZI M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, 2009. Disponível em: <http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo127pdf>. Acesso em: 12/0/2011. Pré-publicação.

PEREIRA, M. J. B. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das Unidades de Atenção Básica em Saúde do Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto.** 2008. 237f. Tese (Livre Docência em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. Theoretical review of the work process in health care used to analyze work in the Family Health Program in Brazil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Maio 2007.

SANTOS, A. A. Sistemas de Saúde e Espaço: conceitos, histórias, relações. In: _____. **Configuração espacial da rede de atenção a saúde em cidades médias do Brasil e a efetivação da universalidade do acesso a saúde.** Estudo de caso de Joinville: 1988-2004. 2004. 110p. (Dissertação de Mestrado), Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Geografia, Universidade de Brasília, Brasília, 2007. p.13-34.

SCHRAIBER, L. **Educação médica e capitalismo**: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo: Hucitec; 1989. 133p.

SCILIAR, M. **Do mágico ao social:** trajetória da saúde pública. São Paulo: L&M, 1987.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface (Botucatu)**., Botucatu, v. 9, n. 16, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 Maio 2007.

SILVA, N. H. L. P. **Saúde da família**: sentidos produzidos com agentes comunitários de saúde acerca do HIV/Aids. 2006. 151f. Pró-forma (Mestrado em Psicologia)-Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SOUSA, P. L. R; SOUSA, F. R. Hipócrates hoje: ensaio sobre sua vigência em medicina e psicologia. **Infanto – Rev. Neuropsiq. da Inf. e Adol.** 4 (3): 30-35,1996.

SOUSA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. **Estudos de Psicologia,** 2003, 8(3),515-23.

SPINK, M. J. A construção social do saber sobre a saúde e a doença: uma perspectiva psicossocial. In: ____ **Psicologia Social e Saúde**: práticas saberes e sentidos. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 40-50.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S.; SANTANA, E. M.; NUNES, M. O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.7, n.3, 2002.

TRAD, L. A. B.; ESPERIDIAO, M. A. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface:** Comum., Saúde e Edu.. v.13, supl.I, p.557-70, 2009.

_____. Sentidos e práticas da humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n.4, Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312010000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de janeiro de 2011.

VÉRAS, C.C.L. A Dupla Dimensão do Trabalho em Marx e a Questão da Centralidade do Trabalho. **PAR'A'IWA:** Revista dos Pós-Graduandos de Sociologia da Universidade Federal da Paraíba. no. 4, João Pessoa, setembro, 2003.

VIEIRA, F. F. **Interlocuções entre o inconsciente pulsional e o inconsciente maquínico.** 92p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care.** Geneve: WHO, 1978.

_____ Boletim Informativo da 7ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde, Nairobi – 2009. Nº 1 27 de outubro de 2009. 2p.

8. ANEXOS

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA

Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380
Ribeirão Preto – SP

Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480
FAX (0**16) 6332331

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CEP/CSE-FMRP-USP

Of. Nº. 86/08/COORD. CEP/CSE-FMRP-USP- 23/04/2008.

Senhor Professor,

O Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo analisou as respostas ao parecer do relator referente ao projeto de pesquisa intitulado: "**Vivência Profissional e Conhecimento Especializado: um estudo sobre a apropriação da prática por profissionais que atuam no Programa de Saúde da Família.**". Protocolo nº.270/CEP-CSE-FMRP-USP, com a orientação de V.Sª. e da doutoranda em Psicologia Joana Filipa Afonso Monteiro Frateschi da Fonseca, considerando-as satisfatórias.

Considero o projeto **aprovado ad referendum.**

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Marco Antonio de Castro Figueiredo
Docente do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP.

Anexo 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Joana Filipa Afonso Monteiro Frateschi da Fonseca, Psicóloga, com CRP 06/58215-9, vinculada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como aluna de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, estou realizando a pesquisa intitulada *"Vivência profissional e conhecimento especializado: um estudo sobre a apropriação da prática por profissionais que atuam no Programa de Saúde da Família"*, sob orientação do Prof. Dr. Marco Antonio de Castro Figueiredo.

Esta pesquisa visa compreender as relações estabelecidas entre sua prática profissional, o conhecimento que você adquire com esta prática e as estratégias de apropriação e incorporação desta aprendizagem no cotidiano do trabalho em saúde. Para obter esses dados convido-o(a) a participar de 03 Grupos de Discussão e de 01 Entrevista que serão realizados em seu local de trabalho, sendo que você deve estar ciente de que:

A. Sua participação é voluntária. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa em participar do estudo não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a Instituição na qual você trabalha;

B. Durante a coleta de dados sua rotina de trabalho será observada e anotada pela pesquisadora;

C. A entrevista e os grupos serão gravados e, transcritos pela entrevistadora/pesquisadora. Desta forma, necessito que você concorde que seja usado gravador, durante a entrevista e os 03 Grupos;

D. A escolha da sala para a realização da entrevista terá como critério a garantia da privacidade e sigilo necessário. As informações que serão solicitadas sobre sua identificação serão mantidas em sigilo e você deverá escolher um nome fictício para ser utilizado no decorrer da entrevista;

E. As informações que você fornecer serão usadas em eventos e revistas científicas, mas a sua identidade será preservada;

F. Não deverá existir ônus financeiro ou ricos relacionados com a sua participação na pesquisa;

G. Você será esclarecido(a), pela pesquisadora, de qualquer dúvida que possa surgir durante a realização da pesquisa.

Considerando as questões acima:

Eu,_____, tendo tomado conhecimento dos objetivos deste trabalho e de como será minha participação no mesmo**,** concordo em participar e, abaixo assinado, autorizo a utilização das informações por mim concedidas na realização deste estudo.

Ribeirão Preto,__ de _____ de 2008.

_____

Assinatura do Participante

_____ _____

Joana Filipa Afonso Monteiro F. da Fonseca — Prof. Dr Marco Antonio de Castro Figueiredo

RG 26.823.877-7 — RG 7843484 CRP1333-2

Fone: 0xx11 7110-5838 — **Fone: 0xx 36023726**

Pesquisadora Responsável — Orientador

Universidade de São Paulo

Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto

Departamento de Psicologia e Educação

Av. Bandeirantes, 3900 – CEP 14040-901- Monte Alegre – SP – Brasil

8. APÊNDICES

APÊNDICE A - Categorias Temáticas (Primeira Síntese)

IDENTIFICAÇÃO

Maria, agente comunitária (Assistente Social), 55 anos, casada, 1 filho.
Tempo de trabalho: 15 anos.
ESF (Núcleo estudado): 7 anos.

PARTICIPANTE 1

Escrita:

Participante não quis escrever, então foi pedido para que ditasse.
Ditou: *Experiência.*

Categoria Temática	Subcategoria	Conteúdo
Apropriação	**Limites Paradigmática**	**1.1** ... *sou agente comunitário... não assistente social (é formada em Serviço Social), e de vez em quando eu dou umas deslizadas (questionada se o conhecimento adquirido na graduação ajuda em seu trabalho). Ajuda porque você tem um outro olhar... Se eu não tivesse... uma certa bagagem... acho que... não entenderia muito esse processo desse projeto nosso.*
Equipe	**Reificação**	**1.2** ... *você vai de repente tendo que colocar limites... não pode agir por si porque se é trabalho de equipe é a equipe que resolve... decide, às vezes, eu não concordo com certas direções... me sinto amarrada (questionada como faz em situações em que tem que tomar uma decisão). É muito difícil... falar por si... Você fala pela equipe e quando... estou em uma visita domiciliar não sou eu... É a equipe... o Serviço que esta indo através de mim eu sou um instrumento.*
Competência Técnica	**Instrumental**	**1.3** ... *tem um seminário... sobre puericultura... saúde da mulher... nem tudo você sabe... Então, como orientar a família... a mulher de acordo com a faixa etária... exames que precisam ser feitos... são essas coisas do nosso cotidiano... fui ao médico ele me pediu um exame assim... você vai aprendendo com ele também (refere-se ao usuário)... Pra que serve aquele tipo de*

		exame, pra que quê é aquela medicação que ele deveria estar tomando para determinada doença instalada...
Apropriação	**Academia**	**1.4** *... Nós aqui... Que estão ligados à USP... aprendemos a trabalhar com o ensino, pesquisa e... atenção... é ampliado... É uma equipe... que desenvolve três em um.*
Apropriação	**Conhecimento Informal**	**1.5...** *estou aprendendo a construir... estou construindo, mas ao mesmo tempo... aprendendo...construindo também, esse aprendizado te leva a construir.*

APÊNDICE A - Categorias Temáticas (Primeira Síntese)

IDENTIFICAÇÃO

Graça, auxiliar de enfermagem, 40 anos, solteira.
Tempo de trabalho: 08 anos.
ESF (Núcleo estudado): 7 anos.

PARTICIPANTE 2

Escrita:

Participante não quis escrever, então foi pedido para que ditasse.
Ditou: Não quis ditar.

Categoria Temática	Subcategoria	Conteúdo
Contraponto	**Alternativas ao Modelo Hegemônico**	**2.1** *... não tenho prática de técnica hospitalar, mas uma prática no atendimento, numa visão mais ampliada de necessidades na parte básica... é bem diferenciada em relação a quem tá dentro de um hospital...o dia a dia, as informações que chegam... capacitação... a própria necessidade do paciente que não te leva a ficar numa rotina... cada paciente demanda uma necessidade, e essa... me demanda conhecimentos que... você vai adquirindo ao longo do tempo... nessa prática de trabalho... é diferenciada por isso...você é multidisciplinar... soma um pouquinho de cada coisa...*
Competência Técnica	**Instrumental**	**2.2** *... tenho dúvida... quem tá aqui não pode me orientar... vou me referenciar ao Serviço... ligar... perguntar... Com a necessidade do paciente eu também tô aprendendo... pra poder passar essa informação pra pessoa.*
Equipe	**Integração**	**2.3** *... nós fizemos curso juntos de finais de semana... era muito interessante... Durante a semana a gente discutia... do curso... do que acontecia na dinâmica de algumas famílias relacionando ao curso... nesse período a gente tava em fase de crescimento... eu aprendi muito e também ensinei muito...*

Apropriação	**Conhecimento Informal**	**2.4** *(Questionada se a equipe criava aprendizado juntos)* **...** *foi um desafio quando nós fizemos o primeiro teatro de amamentação... foi... uma eterna troca, porque a dona A. foi mãe e ela já é avó; então ela falava "Não, tem que falar..." dentro de um certo tema nós montávamos a fala... Tinha uma coisa... bem da orientação do aleitamento... e falas de cada um... a dona A. colocava muito... dela como mãe... e nisso você se envolve... tá em uma outra fase do... trabalho... a orientação passa a ser... lúdica...*
Apropriação	**Conhecimento Informal**	**2.5** *... tem... ajustes que teriam que ser feitos e quando você fala "Saúde da Família"... me sinto na necessidade de conhecer melhor quem vem na Unidade, não só... aquela pessoa que tá no balcão.... isso pra mim é muito limite... a partir do momento que você fala "Saúde da Família"... a abordagem de trabalho... deveria ser melhorada... não é uma só pessoa daquela família que vem, são várias... teve famílias que eu já conheci todo mundo, tem famílias que... ainda, apesar da divisão da área... conheço uma, duas... quando você conhece o contexto familiar, a forma de... olhar pra... pessoa... é... diferente...*
Apropriação	**Conhecimento Informal**	**2.6** *... o Serviço em si... questões de horário, tem pessoas que necessitam de atendimento por volta de 1h... não conseguem fazer o acompanhamento, porque estão em horário de trabalho e aqui está fechado... de repente adaptar mudanças dentro da rotina... da Unidade... mudar a forma de trabalhar... Tá todo mundo pedindo... e isso, acho que faz parte do processo de trabalho...*
Competência Técnica	**Instrumental**	**2.7***... quando nós fazíamos cursos... fizemos psicodrama, uma série de outros... O trabalho... era... mais gostoso de ser desenvolvido... você muda o seu pensamento, a lógica em cima daquilo que você tá vendo... começa a olhar de uma outra forma... participei de um grupo de T.O. durante uns 6 meses, é uma coisa diferente... acrescenta no aprendizado...*
Equipe	**Bloqueios lógicos/Psicoló-gicos**	**2.8** *... tem as reuniões... Que... foram muito proveitosas... juntava a equipe pra... vamos resolver o problema?!"... lavar as roupas sujas"... é... bom quando acontece... fortalece o vínculo com a equipe... resolvia as questões... esclarecia as dúvidas... faz parte do processo de trabalho, mas tem que tá junto todo dia... com o tempo há um desgaste nas relações... Você fica muito próximo das pessoas, das mesmas todos os dias, dá um quê de intimidade... às vezes, isso interfere no seu relacionamento profissional... fica um pouco difícil você se pôr como profissional pra pessoa...*

Equipe	**Subordinação**	**2.9** (refere-se aos problemas pessoais na equipe) ...*a função de existir o coordenador, porque ele é uma figura que faz parte, todo mundo pergunta, quando surge algum problema de maior complexidade, fala "A equipe vai resolver", cadê o coordenador? É a pergunta que todo mundo faz. O coordenador é uma pessoa de peso, que tem mais vivência... conhecimento... talvez por isso, a equipe é um pouco dependente de coordenação mesmo, uma coordenação maior.*

APÊNDICE A - Categorias Temáticas (Primeira Síntese)

IDENTIFICAÇÃO

Rosinha, enfermeira, 31 anos, casada, sem filhos.
Tempo de trabalho: 08 anos.
ESF (Núcleo estudado): 7 anos (trabalhou por 01 ano em outro Núcleo).

PARTICIPANTE 3

Escrita:

Meu trabalho no Núcleo me proporciona aprendizado em vários momentos. Acredito que por se tratar de uma unidade de ensino principalmente, pois o tempo todo estamos nos capacitando e atualizando. Mas também acredito que tem um fator pessoal pois o tempo todo, quando atendo, discuto, vejo alguma situação nova, busco informação para aperfeiçoar minha prática.

Acho o trabalho do Núcleo muito rico em experiências novas, o encontro com o usuário traz várias situações que possibilitam a reflexão e nosso crescimento profissional.

Categoria Temática	Subcategoria	Conteúdo
Competência Técnica	**Instrumental**	**3.1** *... ter estudantes na Unidade... provoca mais a gente, na questão aí da gente buscar... eles questionam... trazem coisas novas... coisa que a gente já estudou de um jeito e as coisas vai mudando e a gente, às vezes, não vai atrás de tudo... a Educação Continuada, com temas que a equipe discute... mesmo questões que são técnicas e que parecem que não mudam... Mudam...* **...** *o usuário levanta... questões e muitas situações de atendimento que fazem a gente pensar que... tem que estudar mais aquilo... refletir mais sobre aquilo... Em momentos de atendimento mesmo...*

Apropriação	**Conhecimento Informal**	**3.2** *... vai aprendendo isso no decorrer do tempo com os atendimentos... discussões... tem muitos espaços de discussão no Núcleo... não dá pra dizer que a gente consegue aprender só em um lugar, a gente aprende em um monte de lugares... vai compondo... tira aquele aprendizado pra aplicar em outro... é acumulativo das coisas que a gente vai... vivenciando... na hora que a gente vive de novo, mesmo que não seja igual já sabe os caminhos...*
Equipe	**Integração**	**3.3** *... traz pra reunião de equipe e discute... tem muita gente aqui pra quebrar a cabeça, sempre alguém vai ter uma idéia... já vai ter ouvido falar... vai pensar junto... a discussão com a equipe... sempre foi o ponto principal do Núcleo... o que mais faz a gente crescer... vai olhando uma situação... sob vários pontos de vistas... ajuda... a enriquecer a forma de atuar.*
Apropriação	**Conhecimento Informal**	**3.4** *... a gente discutiu... atendimento do diabético, como estruturar... pensando até num fluxograma... Com a proposta do atendimento médico... da Enfermagem... Fazer um fluxograma da equipe... Não consigo pensar em estruturar algumas coisas olhando só pro meu trabalho... Sempre... que eu busque um conhecimento... tá no contexto da equipe... nunca consigo ver ele tão descolado... Do que a gente faz com o restante da equipe.*
Apropriação	**Conhecimento Informal**	**3.5** (Questionada se a equipe cria conhecimento) *... coisas que a gente já estruturou e deixou de colocar como sendo nosso... O Ministério escolheu Ribeirão pra ser um dos municípios... pra começar... Ficha de notificação de violência e aí... ela falou "Então, porque esse trabalho começou de 2003, lá no (Bairro onde fica o Núcleo)"... usou uma forma geral pra falar... A primeira ficha... saiu daqui, hoje ela é do município... Hoje virou um trabalho muito maior, mas ninguém sabe que saiu daqui...*
Apropriação	**Academia**	**3.6** *... a gente deixa de publicar uma série de coisas que... faz por falta de tempo... a gente o tempo inteiro produz... aqui tem muitas pesquisas acontecendo... analisam o meu trabalho... coisas que eu produzo enquanto*

		informação e depois sistematiza... e produz o conhecimento... o dado primário que é o que possibilitou que esse trabalho andasse, a equipe tá todo tempo produzindo, mas ela não publica e quem fica com o conhecimento é o pesquisador (riso)*... mérito do pesquisador que... Coletou aquele dado e analisou, mas o dado mesmo quem produz é a equipe...*

APÊNDICE - Categorias Temáticas (Primeira Síntese)

IDENTIFICAÇÃO

Jessica, médica, 31 anos, casada, 01 filha.
Tempo de trabalho: 08 anos.
PSF (Núcleo estudado): 2 anos (trabalhou 06 anos em outro Núcleo).

PARTICIPANTE 4

Escrita:

O conhecimento em minha área de atuação é feito diariamente, produto da interação entre usuários, profissionais de saúde, gestores, etc. Não vem apenas do meio acadêmico, mas mais do que isso vem do conhecimento popular, individual e coletivo e das relações humanas.

Categoria Temática	Subcategoria	Conteúdo
Contraponto	**Alternativas ao Modelo Hegemônico**	**4.1**... *temos... muitos médicos de família, excelentes... que não são formados em medicina de família... passa um pouco pelo jeito que você enxerga a vida e na medicina de família a gente... enxergar sem os graus de hierarquia do poder pelo saber...*
Apropriação	**Conhecimento**	**4.2** ... *o conhecimento se faz, não é na universidade... se faz na sua profissão, nas relações* (refere-se as relações estabelecidas com os usuários e colegas de trabalho) ... *o conhecimento da universidade é uma ferramenta que você traz pra essas relações,*

	Informal	*mas... se você permite que essa ferramenta te cegue a ponto de você não fazer essa interface com o outro, você está deixando de produzir conhecimento.*
Apropriação	**Conhecimento Informal**	**4.3** *... atender uma gestante hoje com um trabalho de parto prematuro e compreender o sofrimento... medo de perder o bebê é... mais fácil pra mim hoje do que há dez anos atrás quando eu não tinha filho... experiências pessoais ... procuro transformá-las em instrumentos de melhorar o meu entendimento a respeito do sofrimento do paciente e de me capacitar a fazer um vínculo melhor... acolhida melhor... responsabilização melhor...*
Equipe	**Integração**	**4.4** *Compartilhando... a gente constrói uma decisão conjunta... não tem essa história de hierarquia... isso permite... que o conhecimento seja construído... com mais propriedade... consegue instituir uma terapêutica e que você tem a visão do terapeuta ocupacional... psicólogo... são vários conhecimentos com bagagem técnica, científica e de experiências pessoais que estão sendo compartilhadas pra um mesmo caso...*
Contraponto	**Alternativas ao Modelo Hegemônico**	**4.5** *... diferente de no hospital* (refere-se ao trabalho na ESF)*... é dermatologista... vê a pele, se o cara está deprimido... enfartado... teve uma fratura exposta num capotamento, não é problema seu, você vai ver a pele e isso te dá... tranqüilidade... os outros problemas... não são... seus, são... dos outros especialistas. Na medicina de família não... isso é muito angustiante... sua responsabilidade é pelo indivíduo... família.. saúde dessa família... saúde de uma comunidade... é um negócio muito grande... isso angustia... o R1.*
Apropriação	**Academia**	**4.6** *... a gente constrói... também conhecimento acadêmico... tem essa proximidade com a docência... participa de projetos de pesquisa... no último ano em 2007... estávamos com 23 projetos... em andamento em dezembro... a gente gera conhecimento, a partir do momento em que... é observado... isso... vai gerar reflexões, que vão levar à mudanças de paradigma, vão levar a outras conclusões... A respeito do trabalho...*
Contraponto	**Alternativas ao Modelo Hegemônico**	**4.7** *... vejo... alunos... pesquisadores... que não têm a mínima noção do que se faz aqui... do que é um PSF... alunos... que não sabem... o que é atenção primária... não... só... de medicina... todas as especialidades... Acho que é uma janela (refere-se ao Núcleo como uma janela para a atenção primária)... vejo a universidade como um... castelo... tem uma série de coisas... dentro... que são próprias... são rotinas... formas de conduzir... vivenciar e que lá fora não são como os da universidade...*

		enxergo... o PSF, como uma possibilidade de tentar enxergar um pouco mais o mundo externo... à universidade... ao hospital... que ainda não se aproxima da realidade do país... o núcleo não é uma realidade.

APÊNDICE A - Categorias Temáticas (Primeira Síntese)

IDENTIFICAÇÃO

João Pedro, dentista, 46 anos, casado, 03 filhos.
Tempo de trabalho: 22 anos.
PSF (Núcleo estudado): 7 anos.

PARTICIPANTE 5

Escrita:

Integralização da prática clínica e saúde bucal. Coletivo e singularidade (comunidade e individual). Nova prática clínica, consulta de saúde bucal. Novo processo de trabalho. Solicitação de novos instrumentos e conhecimentos. Trabalho interdisciplinar.

Categoria Temática	Subcategoria	Conteúdo
Apropriação	**Limites Paradigmáticos**	**5.1** *... cultivar o outro à falar é uma coisa ... ter o controle dessa fala é outra... muitas vezes... estava atendendo... motivando a falar... ver como essa pessoa pensa... me vi... querendo lançar mão da experiência e poder dizer, "... abre a boca, chega de conversa, vamos trabalhar"...*
Apropriação	**Conhecimento Informal**	**5.2**... *tive que ter outras ferramentas pra poder trabalhar... filtrar... entender... dar objetividade numa conversa que no início era... dispersa... acho que a Estratégia de Saúde da Família me deu isto... buscar novas ferramentas... ter uma postura diferente... de estar ao lado do paciente... entender as... angústias... expectativas, por outro lado poder ajudá-lo a compreender isso, a resolver o que ele tava procurando...*
Apropriação	**Conhecimento Informal**	**5.3** *... Dentro dessa consulta a gente tenta trabalhar com quais sintomas o paciente tá tendo e o que tá levando a isso... isso aí, já fez com que eu procurasse uma série de outros conhecimentos clínicos, pra tá trabalhando com ele dentro dessa prática... e isso é construído... discutir de uma forma... ampla com relação a essa questão e... relacionar os fatores de risco*

		comum pra várias doenças "... eu não tô trabalhando com você só a questão da cárie... você tá tendo um risco de sobrepeso... vai ter risco pra essas tantas doenças, como é que a gente pode trabalhar com isso?..."
Competência Técnica	**Limites da Formação**	**5. 4** *... o pessoal da equipe também possa achar ruim discutir algo a mais porque é um trabalho a mais... um conhecimento a mais a ser colocado em prática... isso tem... a ver com a forma do trabalho... temos... uma organização de trabalho muito organizada, a própria formação... é muito, centralizada... fragmentada... a forma de colher as informações, o que é válido e o que não é válido... muito dessas questões... não são vagas... Não são procedimentos das categorias profissionais, com isso vai dificultando essa integração ou o trabalho interdisciplinar... somos formados pra trabalhar dentro da nossa área. Essa integração se ela já houvesse durante a formação... o profissional veria isso com muito mais facilidade...*
Competência Técnica	**Racionalidade Técnica**	**5.5** *... o sistema de saúde... tá montado dessa forma, fragmentado... são vários departamentos e cada um deles pensam... o seu campo de trabalho pela sua lógica... Há muitos órgãos, no Ministério da Saúde também, tanto que se você olhar os procedimentos, alguns são mais priorizados em detrimento dos outros... se você pegar uma tabela de procedimentos do SUS... olhar a parte de ortopedia... diálise eles têm um valor muito bom... em detrimento de outros que são muito importantes pra atenção primária e o valor é muito baixo.*

APÊNDICE B - Subcategorias Temáticas (Segunda Síntese)

CATEGORIA TEMÁTICA *COMPETÊNCIA TÉCNICA*:

Quadro 8: Subcategorias da Categoria Temática *Competência Técnica*

Subcategoria	Ítem	Conteúdo
Instrumental	**1.3**	*... tem um seminário... sobre puericultura... saúde da mulher... nem tudo você sabe... Então, como orientar a família... a mulher de acordo com a faixa etária... exames que precisam ser feitos... são essas coisas do nosso cotidiano... fui ao médico ele me pediu um exame assim... você vai aprendendo com ele também* (refere-se ao usuário)... *Pra que serve aquele tipo de exame, pra que quê é aquela medicação que ele deveria estar tomando para determinada doença instalada...*
	2.2	*... tenho dúvida... quem tá aqui não pode me orientar... vou me referenciar ao Serviço... ligar... perguntar... Com a necessidade do paciente eu também tô aprendendo... pra poder passar essa informação pra pessoa.*
	2.7	*... quando nós fazíamos cursos... fizemos psicodrama, uma série de outros... O trabalho... era... mais gostoso de ser desenvolvido... você muda o seu pensamento, a lógica em cima daquilo que você tá vendo... começa a olhar de uma outra forma... participei de um grupo de T.O. durante uns 6 meses, é uma coisa diferente... acrescenta no aprendizado...*
	3.1	*.. ter estudantes na Unidade... provoca mais a gente, na questão aí da gente buscar... eles questionam... trazem coisas novas... coisa que a gente já estudou de um jeito e as coisas vai mudando e a gente, às vezes, não vai atrás de tudo... a Educação Continuada, com temas que a equipe discute... mesmo questões que são técnicas e que parecem que não mudam... Mudam..... o usuário levanta... questões e muitas situações de atendimento que fazem a gente pensar que... tem que estudar mais aquilo... refletir mais sobre aquilo... Em momentos de atendimento mesmo...*

Limites da Formação	**5.4**	*... o pessoal da equipe também possa achar ruim discutir algo a mais... é um trabalho a mais... um conhecimento a mais a ser colocado em prática... isso tem... a ver com a forma do trabalho... temos... uma organização de trabalho muito organizada, a própria formação... é... centralizada... fragmentada... a forma de colher as informações, o que é válido e o que não é válido... muito dessas questões... não são vagas... Não são procedimentos das categorias profissionais, com isso vai dificultando essa integração ou o trabalho interdisciplinar... somos formados pra trabalhar dentro da nossa área. Essa integração se ela já houvesse durante a formação... o profissional veria isso com muito mais facilidade...*
Racionalidade Técnica	**5.5**	*... o sistema de saúde... tá montado dessa forma, fragmentado... são vários departamentos e cada um deles pensam... o seu campo de trabalho pela sua lógica... Há muitos órgãos, no Ministério da Saúde também, tanto que se você olhar os procedimentos, alguns são mais priorizados em detrimento dos outros... se você pegar uma tabela de procedimentos do SUS... olhar a parte de ortopedia... diálise eles têm um valor muito bom... em detrimento de outros que são muito importantes pra atenção primária e o valor é muito baixo.*

CATEGORIA TEMÁTICA *APROPRIAÇÃO:*

Quadro 9: Subcategorias da Categoria Temática *Apropriação*

Subcategoria	Ítem	Conteúdo
Limites Paradigma-ticos	**1.1**	*... sou agente comunitário... não assistente social* (é formada em Serviço Social), *e de vez em quando eu dou umas deslizadas* (questionada se o conhecimento adquirido na graduação ajuda em seu trabalho). *Ajuda porque você tem um outro olhar... Se eu não tivesse... uma certa bagagem... acho que... não entenderia muito esse processo desse projeto nosso.*
	5.1	*... cultivar o outro à falar é uma coisa ... ter o controle dessa fala é outra... muitas vezes... estava atendendo... motivando a falar... ver como essa pessoa pensa... me vi... querendo lançar mão da experiência e poder dizer, "... abre a boca, chega de conversa, vamos trabalhar"...*

Academia	**1.4**	*Nós aqui... Que estão ligados à USP... aprendemos a trabalhar com o ensino, pesquisa e... atenção... é ampliado... É uma equipe... que desenvolve três em um.*
	3.6	*... a gente deixa de publicar uma série de coisas que... faz por falta de tempo... a gente o tempo inteiro produz... aqui tem muitas pesquisas acontecendo... analisam o meu trabalho... coisas que eu produzo enquanto informação e depois sistematiza... e produz o conhecimento... o dado primário que é o que possibilitou que esse trabalho andasse, a equipe tá todo tempo produzindo, mas ela não publica e quem fica com o conhecimento é o pesquisador (riso)... mérito do pesquisador que... Coletou aquele dado e analisou, mas o dado mesmo quem produz é a equipe...*
	4.6	*... a gente constrói... também conhecimento acadêmico... tem essa proximidade com a docência... participa de projetos de pesquisa... no último ano em 2007... estávamos com 23 projetos... em andamento em dezembro... a gente gera conhecimento, a partir do momento em que... é observado... isso... vai gerar reflexões, que vão levar à mudanças de paradigma, vão levar a outras conclusões... A respeito do trabalho...*
Conhecimento Informal	**1.5**	*... estou aprendendo a construir... estou construindo, mas ao mesmo tempo... aprendendo...construindo também, esse aprendizado te leva a construir.*
	2.4	*...quando nós fizemos o primeiro teatro de amamentação... foi... uma eterna troca... a dona A. foi mãe e ela já é avó; então ela falava "Não, tem que falar..." dentro de um certo tema nós montávamos a fala... Tinha uma coisa... bem da orientação do aleitamento... e falas de cada um... a dona A. colocava muito... dela como mãe...*
	2.5	*... tem... ajustes que teriam que ser feitos e quando você fala "Saúde da Família"... me sinto na necessidade de conhecer melhor quem vem na Unidade, não só... aquela pessoa que tá no balcão.... isso pra mim é muito limite... a partir do momento que você fala "Saúde da Família"... a abordagem de trabalho... deveria ser melhorada... não é uma só pessoa daquela família que vem, são várias... teve famílias que eu já conheci todo mundo, tem famílias que... ainda, apesar da divisão da área... conheço uma, duas... quando você conhece o contexto familiar, a forma de... olhar pra... pessoa... é... diferente...*

Conhecimento Informal	**2.6**	*... o Serviço em si... questões de horário, tem pessoas que necessitam de atendimento por volta de 1h... não conseguem fazer o acompanhamento, porque estão em horário de trabalho e aqui está fechado... de repente adaptar mudanças dentro da rotina... da Unidade... mudar a forma de trabalhar... Tá todo mundo pedindo... e isso, acho que faz parte do processo de trabalho...*
	3.2	*... vai aprendendo isso no decorrer do tempo com os atendimentos... discussões... tem muitos espaços de discussão no Núcleo... não dá pra dizer que a gente consegue aprender só em um lugar, a gente aprende em um monte de lugares... vai compondo... tira aquele aprendizado pra aplicar em outro... é acumulativo das coisas que a gente vai... vivenciando... na hora que a gente vive de novo, mesmo que não seja igual já sabe os caminhos...*
	3.4	*... a gente discutiu... atendimento do diabético, como estruturar... pensando até num fluxograma... Com a proposta do atendimento médico... da Enfermagem... Fazer um fluxograma da equipe... Não consigo pensar em estruturar algumas coisas olhando só pro meu trabalho... Sempre... que eu busque um conhecimento... tá no contexto da equipe... nunca consigo ver ele tão descolado... Do que a gente faz com o restante da equipe.*
	3.5	(Questionada se a equipe cria conhecimento)... *coisas que a gente já estruturou e deixou de colocar como sendo nosso... O Ministério escolheu Ribeirão pra ser um dos municípios... pra começar... Ficha de notificação de violência e aí... ela falou "Então, porque esse trabalho começou de 2003, lá no* (Bairro onde fica o Núcleo)*"... usou uma forma geral pra falar... A primeira ficha... saiu daqui, hoje ela é do município... Hoje virou um trabalho muito maior, mas ninguém sabe que saiu daqui...*

Conhecimento Informal	**4.2**	*... o conhecimento se faz, não é na universidade... se faz na sua profissão, nas relações* (refere-se às relações estabelecidas com os usuários e colegas de trabalho)*... o conhecimento da universidade é uma ferramenta que você traz pra essas relações, mas... se você permite que essa ferramenta te cegue a ponto de você não fazer essa interface com o outro, você está deixando de produzir conhecimento, né? Quando eu viro pra paciente e falo: "bom, então de acordo com o meu conhecimento – a ditadura do poder pelo saber – a senhora está com a glicemia de jejum estourado, então, eu vou prescrever mais dois medicamentos, pro meu conhecimento a senhora precisa ter uma glicemia de jejum de 110, senão não está bom, de 100 não está suficiente", mas pro conhecimento dela, essa minha visão significa nada. Ela pode até tomar o remédio mas ela não...então quando ela permitir, me traga as experiências dela, me conte do que ela está sofrendo, me fale o que está acontecendo, nós estamos construindo um conhecimento juntas que vai gerar alguma mudança na terapêutica dela.*
	4.3	*... atender uma gestante hoje com um trabalho de parto prematuro e compreender o sofrimento... medo de perder o bebê é... mais fácil pra mim hoje do que há dez anos atrás quando eu não tinha filho... experiências pessoais ... procuro transformá-las em instrumentos de melhorar o meu entendimento a respeito do sofrimento do paciente e de me capacitar a fazer um vínculo melhor... acolhida melhor... responsabilização melhor...*
	5.2	*... tive que ter outras ferramentas pra poder trabalhar... filtrar... entender... dar objetividade numa conversa que no início era... dispersa... acho que a Estratégia de Saúde da Família me deu isto... buscar novas ferramentas... ter uma postura diferente... de estar ao lado do paciente... entender as... angústias... expectativas, por outro lado poder ajudá-lo a compreender isso, a resolver o que ele tava procurando...*
	5.3	*... Dentro dessa consulta a gente tenta trabalhar com quais sintomas o paciente tá tendo e o que tá levando a isso... isso aí, já fez com que eu procurasse uma série de outros conhecimentos clínicos, pra tá trabalhando com ele dentro dessa prática... e isso é construído... discutir de uma forma... ampla com relação a essa questão e... relacionar os fatores de risco comum pra várias doenças "... eu não tô trabalhando com você só a questão da cárie... você tá tendo um risco de sobrepeso... vai ter risco pra essas tantas doenças, como é que a gente pode trabalhar com isso?..."*

CATEGORIA TEMÁTICA *CONTRAPONTO*

Quadro 10: Subcategorias da Categoria Temática *Contraponto*

Subcategoria	Ítem	Conteúdo
Alternativas ao Modelo Hegemônico	**2.1**	*... não tenho prática de técnica hospitalar, mas uma prática no atendimento, numa visão mais ampliada de necessidades na parte básica... é bem diferenciada em relação a quem tá dentro de um hospital...o dia a dia, as informações que chegam... capacitação... a própria necessidade do paciente que não te leva a ficar numa rotina... cada paciente demanda uma necessidade, e essa... me demanda conhecimentos que... você vai adquirindo ao longo do tempo... nessa prática de trabalho... é diferenciada por isso...você é multidisciplinar... soma um pouquinho de cada coisa...*
	4.1	*...temos... muitos médicos de família, excelentes... que não são formados em medicina de família... passa um pouco pelo jeito que você enxerga a vida e na medicina de família a gente... enxergar sem os graus de hierarquia do poder pelo saber...*
	4.5	*... diferente de no hospital* (refere-se ao trabalho na ESF)... *é dermatologista... vê a pele, se o cara está deprimido... enfartado... teve uma fratura exposta num capotamento, não é problema seu, você vai ver a pele e isso te dá... tranqüilidade... os outros problemas... não são... seus, são... dos outros especialistas. Na medicina de família não... isso é muito angustiante... sua responsabilidade é pelo indivíduo... família.. saúde dessa família... saúde de uma comunidade... é um negócio muito grande... isso angustia... os R1 chegam...* no *terceiro mês da residência eles piram, porque eles falam "eu não vou dar conta de ver tantas coisas ao mesmo tempo"... sua responsabilidade é pelo indivíduo... saúde dessa família... saúde de uma comunidade... é um negócio muito grande... isso angustia muito o R1 quando eles chegam, mas depois eles acabam entendendo... que tem o que é responsabilidade sua e tem o que não é responsabilidade... acho que essa interação com a equipe... é um lugar de construção de conhecimento muito grande.*

Alternativas ao Modelo Hegemônico	**4.7**	*... vejo... alunos... pesquisadores... que não têm a mínima noção do que se faz aqui... do que é um PSF... alunos... que não sabem... o que é atenção primária... não... só... de medicina... todas as especialidades... Acho que é uma janela* (refere-se ao Núcleo como uma janela para a atenção primária)... *vejo a universidade como um... castelo... tem uma série de coisas... dentro... que são próprias... são rotinas... formas de conduzir... vivenciar e que lá fora não são como os da universidade... enxergo... o PSF, como uma possibilidade de tentar enxergar um pouco mais o mundo externo... à universidade... ao hospital... que ainda não se aproxima da realidade do país... o núcleo não é uma realidade... A realidade é uma unidade que o prefeito te manda atender cinqüenta por dia e você não tem um mínimo de respaldo pra fazer um trabalho de qualidade... você tem que fazer pré-natal e não tem nem HIV que você pode pedir... digo que é uma janela, porque eu acho que é uma oportunidade de olhar um pouco mais pra realidade, que ainda não é a realidade do nosso país, ainda está bem longe.*

CATEGORIA TEMÁTICA *EQUIPE*

Quadro 11: Subcategorias da Categoria Temática *Equipe*

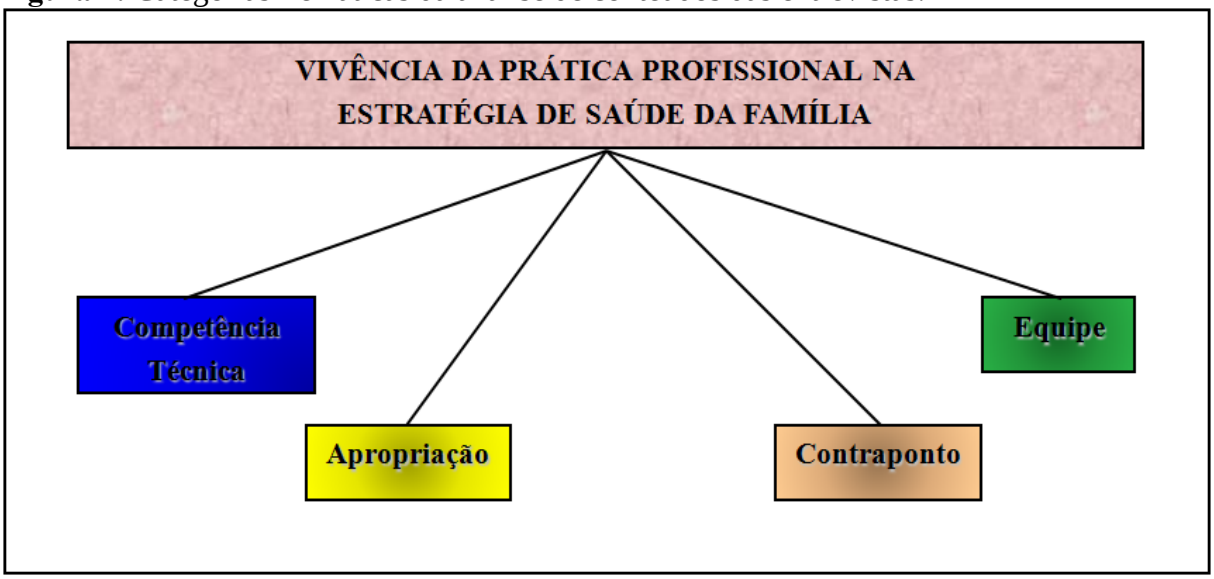
Subcategoria	Ítem	Conteúdo
Bloqueios lógicos/ psicológicos	**2.8**	*... tem as reuniões... Que... foram muito proveitosas... juntava a equipe pra... vamos resolver o problema?!"... lavar as roupas sujas"... é... bom quando acontece... fortalece o vínculo com a equipe... resolvia as questões... esclarecia as dúvidas... faz parte do processo de trabalho, mas tem que tá junto todo dia... com o tempo há um desgaste nas relações... Você fica muito próximo das pessoas, das mesmas todos os dias, dá um quê de intimidade... às vezes, isso interfere no seu relacionamento profissional... fica um pouco difícil você se pôr como profissional pra pessoa...*
Reificação	**1.2**	*... você vai de repente tendo que colocar limites... não pode agir por si porque se é trabalho de equipe é a equipe que resolve... decide, às vezes, eu não concordo com certas direções... me sinto amarrada* (questionada como faz em situações em que tem que tomar uma decisão). *É muito difícil... falar por si... Você fala pela equipe e quando... estou em uma visita domiciliar não sou eu... É a equipe... o Serviço que esta indo através de mim eu sou um instrumento.*

Subordinação	**2.9**	...(refere-se aos problemas pessoais na equipe) *a função de existir o coordenador, porque ele é uma figura que faz parte, todo mundo pergunta, quando surge algum problema de maior complexidade, fala "A equipe vai resolver", cadê o coordenador? É a pergunta que todo mundo faz. O coordenador é uma pessoa de peso, que tem mais vivência... conhecimento... talvez por isso, a equipe é um pouco dependente de coordenação mesmo, uma coordenação maior.*
Integração	**2.3**	*... nós fizemos curso juntos de finais de semana... era muito interessante... Durante a semana a gente discutia... do curso... do que acontecia na dinâmica de algumas famílias relacionando ao curso... nesse período a gente tava em fase de crescimento... eu aprendi muito e também ensinei muito...*
	3.3	*... traz pra reunião de equipe e discute... tem muita gente aqui pra quebrar a cabeça, sempre alguém vai ter uma idéia... já vai ter ouvido falar... vai pensar junto... a discussão com a equipe... sempre foi o ponto principal do Núcleo... o que mais faz a gente crescer... vai olhando uma situação... sob vários pontos de vistas... ajuda... a enriquecer a forma de atuar.*
	4.4	*Compartilhando... a gente constrói uma decisão conjunta... não tem essa história de hierarquia... isso permite... que o conhecimento seja construído... com mais propriedade... consegue instituir uma terapêutica e que você tem a visão do terapeuta ocupacional... psicólogo... são vários conhecimentos com bagagem técnica, científica e de experiências pessoais que estão sendo compartilhadas pra um mesmo caso...*

APÊNDICE C

A análise de conteúdos, relacionados às vivencias decorrentes da prática profissional na ESF envolvendo as relações estabelecidas entre a prática profissional, apropriação da aprendizagem informal e seu processo de incorporação no cotidiano do trabalho em saúde, permitiu a inclusão em quatro Categorias Temáticas que podem ser visualizadas na Figura 1

Figura 1: Categorias Temáticas da análise de conteúdos das entrevistas.

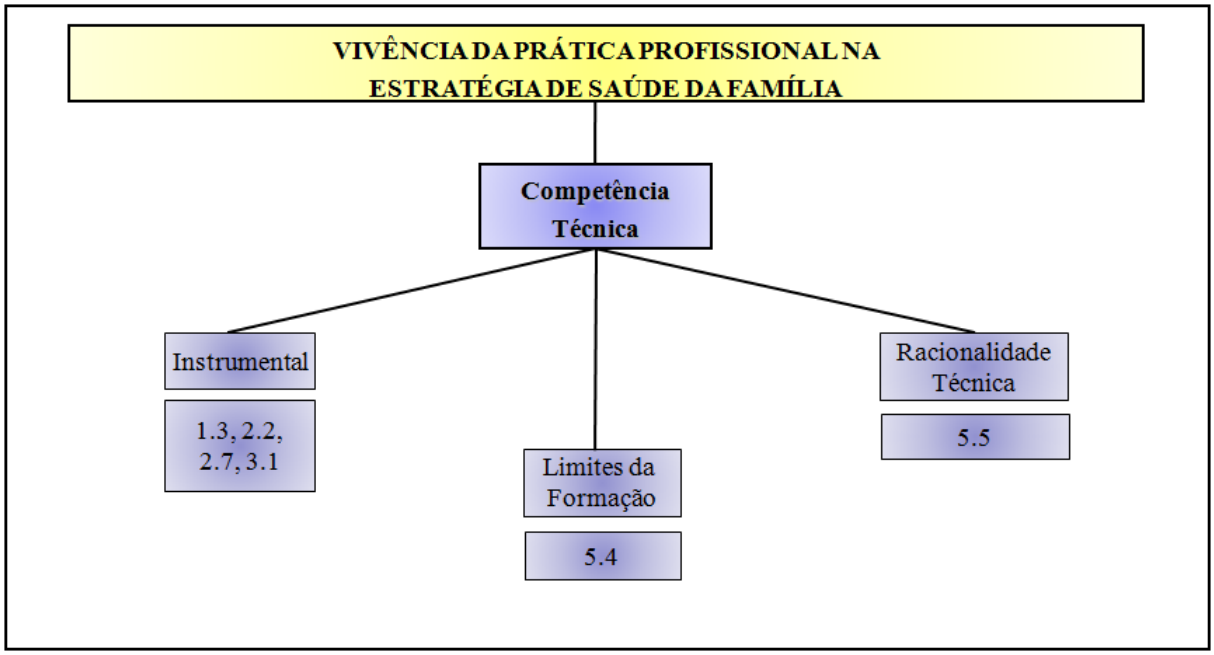


COMPETÊNCIA TÉCNICA

A Categoria Temática *Competência Técnica* esta relacionada à racionalidade do trabalho e compreende conteúdos voltados à sua execução formal, aos limites da formação acadêmica e à especialização do trabalho.

Esta Categoria foi desdobrada em três Subcategorias, *Instrumental*, *Limites da Formação* e *Racionalidade Técnica*, como pode ser observado na Figura 2 e no Quadro 12.

Figura 2: Subcategorias da Categoria Temática *Competência Técnica*



- **Instrumental:** os conteúdos desta Subcategoria estão relacionados aos recursos utilizados para fazer frente às questões operacionais que surgem durante o trabalho.
- **Limites da Formação:** conteúdo relacionado à fragmentação do conhecimento em saúde, pautada na especialização.
- **Racionalidade Técnica:** princípio de apropriação/construção do conhecimento com base na especialização do saber e que incide na estruturação do Sistema de Saúde.

Quadro 12: Subcategorias da Categoria Temática *Competência Técnica*

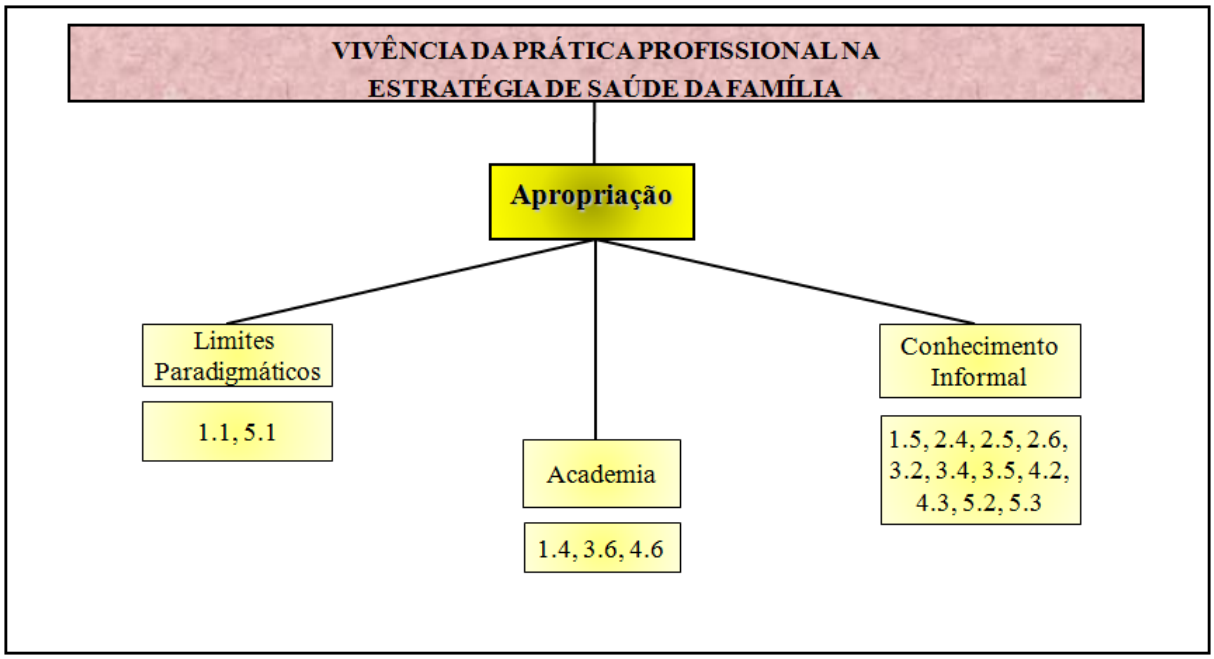
SUBCATEGORIA	CONTEÚDO
Instrumental	**1.3** *... tem um seminário... sobre puericultura... saúde da mulher... nem tudo você sabe... Então, como orientar a família... a mulher de acordo com a faixa etária... exames que precisam ser feitos... são essas coisas do nosso cotidiano mesmo... fui ao médico ele me pediu um exame assim... você vai aprendendo com ele também (refere-se ao usuário)... Pra que serve aquele tipo de exame, pra que quê é aquela medicação que ele deveria estar tomando para determinada doença instalada...*
Limites da Formação	**5.4**... *o pessoal da equipe também possa achar ruim discutir algo a mais... é um trabalho a mais... um conhecimento a mais a ser colocado em prática... isso tem... a ver com a forma do trabalho... temos... uma organização de trabalho muito organizada, a própria formação... é... centralizada... fragmentada... a forma de colher as informações, o que é válido e o que não é válido... muito dessas questões... não são vagas... Não são procedimentos das categorias profissionais, com isso vai dificultando essa integração ou o trabalho interdisciplinar... somos formados pra trabalhar dentro da nossa área. Essa integração se ela já houvesse durante a formação... o profissional veria isso com muito mais facilidade...*
Racionalidade Técnica	**5.5** *... o sistema de saúde... tá montado dessa forma, fragmentado... são vários departamentos e cada um deles pensam... o seu campo de trabalho pela sua lógica...*

APROPRIAÇÃO

Os conteúdos desta Categoria Temática estão ligados a processos subjetivos de construção do conhecimento que favorecem/dificultam a concepção do trabalho, subsidiário às práticas profissionais.

Na Categoria *Apropriação* estão incluídas três Subcategorias - *Limites Paradigmáticos, Academia* e *Conhecimento Informal* - como pode ser observado na Figura 3 e no Quadro 13.

Figura 3: Subcategorias da Categoria Temática *Apropriação*



- **Limites Paradigmáticos:** conteúdos relacionados à manutenção de um sistema de referência que não se aplica às diretrizes da atuação na ESF.
- **Academia:** vinculada ao modo como os profissionais incorporam, na sua atuação, uma prática voltada para a racionalidade e seus limites.
- **Conhecimento Informal:** conteúdos relacionados ao conhecimento decorrente da práxis originados no contraponto ao modelo hegemônico de atuação em saúde.

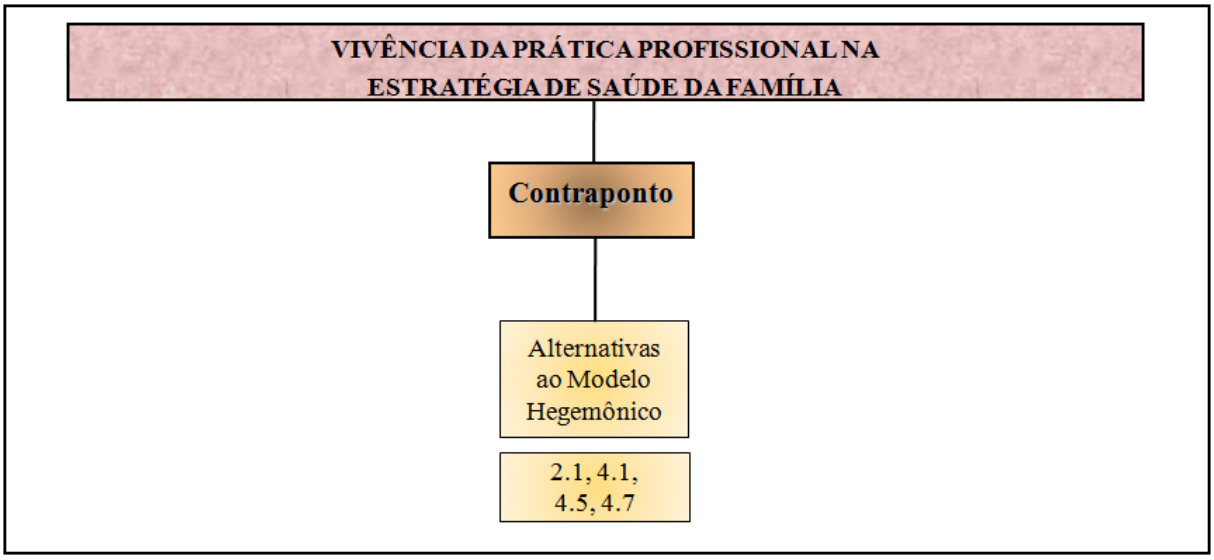
Quadro 13: Subcategorias da Categoria Temática *Apropriação*

SUBCATEGORIA	CONTEÚDO
Limites Paradigmáticos	**5.1** *... cultivar o outro à falar é uma coisa ... ter o controle dessa fala é outra... muitas vezes... estava atendendo... motivando a falar... ver como essa pessoa pensa... me vi... querendo lançar mão da experiência e poder dizer, "... abre a boca, chega de conversa, vamos trabalhar".*
Academia	**3.6** *... a gente deixa de publicar uma série de coisas que... faz por falta de tempo... a gente o tempo inteiro produz... aqui tem muitas pesquisas acontecendo... analisam o meu trabalho... coisas que eu produzo enquanto informação e depois sistematiza... e produz o conhecimento... o dado primário que é o que possibilitou que esse trabalho andasse, a equipe tá todo tempo produzindo, mas ela não publica e quem fica com o conhecimento é o pesquisador (riso)... mérito do pesquisador que... Coletou aquele dado e analisou, mas o dado mesmo quem produz é a equipe...*
Conhecimento Informal	**4.2** *... o conhecimento se faz, não é na universidade... se faz na sua profissão, nas relações... o conhecimento da universidade é uma ferramenta que você traz pra essas relações, mas... se você permite que essa ferramenta te cegue a ponto de você não fazer essa interface com o outro, você está deixando de produzir conhecimento.*

CONTRAPONTO

Esta Categoria Temática está relacionada às alternativas ao modelo de atuação em saúde vigente e foi desdobrada na Subcategoria *Alternativas ao Modelo Hegemônico* como pode ser observado na Figura 4e Quadro 14

Figura 4: Subcategorias da Categoria Temática *Contraponto*



- **Alternativas ao Modelo Hegemônico:** estes conteúdos estão vinculados a busca de outros elementos de enfrentamento em saúde além da racionalidade técnica.

Quadro 14: Subcategoria da Categoria Temática *Contraponto*

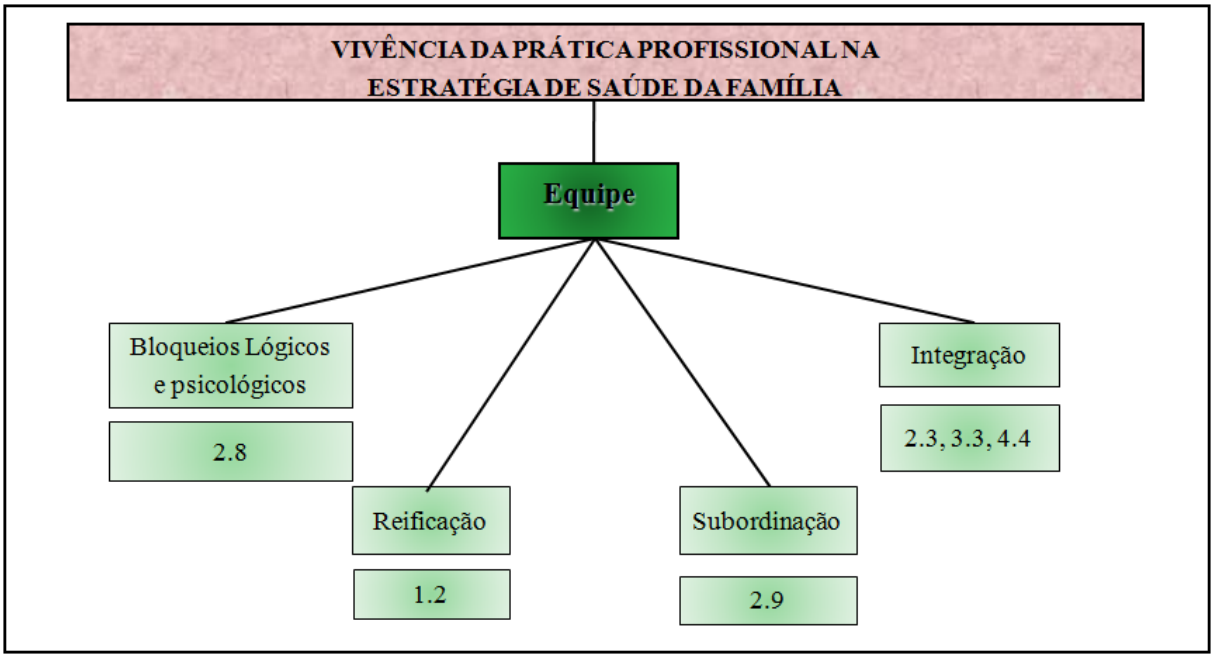
SUBCATEGORIA	CONTEÚDO
Contraponto	**2.1** *... não tenho prática de técnica hospitalar, mas uma prática no atendimento, numa visão mais ampliada de necessidades na parte básica... é bem diferenciada em relação a quem tá dentro de um hospital...o dia a dia, as informações que chegam... capacitação... a própria necessidade do paciente que não te leva a ficar numa rotina... cada paciente demanda uma necessidade, e essa... me demanda conhecimentos que... você vai adquirindo ao longo do tempo... nessa prática de trabalho... é diferenciada por isso...você é multidisciplinar... soma um pouquinho de cada coisa...*

EQUIPE

Os conteúdos de *Equipe* estão vinculados às formas pelas quais sua *estruturação* e a *participação na mesma* podem favorecer ou dificultar a realização do trabalho (a prática profissional, a apropriação da aprendizagem informal e seu processo de incorporação no cotidiano do trabalho em saúde).

A Categoria Temática *Equipe* foi desdobrada em quatro Subcategorias – *Bloqueios lógicos/psicológicos, Reificação, Subordinação e Integração* - como pode ser observado na Figura 5 e no Quadro 15.

Figura 5: Subcategorias da Categoria Temática *Contraponto*



- **Bloqueios lógicos/psicológicos:** dificuldades nas relações de *mando e tato* dentro das equipes
- **Reificação**[68]**:** processos de desvitalização da prática profissional em Saúde.
- **Subordinação:** dependência organizacional frente à centralização das decisões.
- **Integração:** busca de metas comuns, mantendo as especialidades do trabalho em saúde.

[68]A concepção de reificação, considerada neste trabalho, é segundo Marx "Reificação: é o ato (ou resultado do ato) de transformação das propriedades, relações e ações humanas em propriedades, relações e ações de coisas produzidas pelo homem, que se tornaram independentes (e que são imaginadas como originalmente independentes) do homem e governam sua vida. Significa igual igualmente a transformação dos seres humanos em seres semelhantes a coisas, que não se comportam de forma humana, mas de acordo com as leis do mundo das coisas. A reificação é um caso especial de alienação, sua forma mais radical e generalizada, característica da sociedade capitalista" GUIMARÃES, A.M. **Dicionário do Pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988. p. 314

Quadro 15: Subcategorias da Categoria Temática *Equipe*

SUBCATEGORIA	CONTEÚDO
Bloqueios lógico E psicológicos	**2.8** *... tem as reuniões... Que... foram muito proveitosas... juntava a equipe pra... vamos resolver o problema?!"... lavar as roupas sujas"... é... bom quando acontece... fortalece o vínculo com a equipe... resolvia as questões... esclarecia as dúvidas... faz parte do processo de trabalho, mas tem que tá junto todo dia... com o tempo há um desgaste nas relações... Você fica muito próximo das pessoas, das mesmas todos os dias, dá um quê de intimidade... às vezes, isso interfere no seu relacionamento profissional... fica um pouco difícil você se pôr como profissional pra pessoa...*
Reificação	**1.2** *... você vai de repente tendo que colocar limites... não pode agir por si porque se é trabalho de equipe é a equipe que resolve... decide, às vezes, eu não concordo com certas direções... me sinto amarrada (questionada como faz em situações em que tem que tomar uma decisão). É muito difícil... falar por si... Você fala pela equipe e quando... estou em uma visita domiciliar não sou eu... É a equipe... o Serviço que esta indo através de mim eu sou um instrumento.*
Subordinação	**2.9** *...(refere-se aos problemas pessoais na equipe) a função de existir o coordenador, porque ele é uma figura que faz parte, todo mundo pergunta, quando surge algum problema de maior complexidade, fala "A equipe vai resolver", cadê o coordenador? É a pergunta que todo mundo faz. O coordenador é uma pessoa de peso, que tem mais vivência... conhecimento... talvez por isso, a equipe é um pouco dependente de coordenação mesmo, uma coordenação maior.*
Integração	**4.4** *Compartilhando... a gente constrói uma decisão conjunta... não tem essa história de hierarquia... isso permite... que o conhecimento seja construído... com mais propriedade... consegue instituir uma terapêutica e que você tem a visão do terapeuta ocupacional... psicólogo... são vários conhecimentos com bagagem técnica, científica e de experiências pessoais que estão sendo compartilhadas pra um mesmo caso...*