UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

*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*

Silvana Martins Mishima

RIBEIRÃO PRETO
2003

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

*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*

Silvana Martins Mishima

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para inscrição ao concurso para obtenção do título de Professor Livre Docente, Referência MS-5, em Regime de Dedicação Integral à Docência à Pesquisa - RDIDP, junto ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública.

RIBEIRÃO PRETO
2003

Ficha Catalográfica

Mishima, Silvana Martins

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. Ribeirão Preto, 2003.

153p.:il, 29,7cm

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para inscrição ao concurso para obtenção do título de Professor Livre Docente, Referência MS-5, em Regime de Dedicação Integral à Docência à Pesquisa - RDIDP, junto ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, 2003.

1. gerência de serviços de saúde, 2. saúde da família, 3. atenção primária a saúde, 4. processo de trabalho em saúde

Aos meus parceiros queridos de jornada nesta vida: Célio, Isadora e Heloísa, que sustentam e acolhem minhas angústias e minha busca de felicidade e de satisfação. Sem vocês esta jornada não teria graça nenhuma.

Aos companheiros de trabalho do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP e dos serviços atenção básica, em especial ao pessoal do Núcleo de Saúde da Família V do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP com os quais tenho compartilhado o aprendizado da Saúde Coletiva e do trabalho solidário. Trabalho que se faz em ato e que pode abrir-se para inúmeras e infindáveis possibilidades.

Agradecimentos

“[...] A ética da compreensão humana constitui, sem dúvida, uma exigência chave de nossos tempos de incompreensão entre estranhos, mas também entre membros de uma mesma sociedade, de uma mesma família, entre parceiros de um casal, entre filhos e pais. [...] Explicar não basta para compreender. Explicar é utilizar todos os meios objetivos de conhecimento, que são, porém, insuficientes para compreender o ser subjetivo. A compreensão humana nos chega quando sentimos e concebemos os humanos como sujeitos; ela nos torna abertos a seus sofrimentos e suas alegrias. Permite-nos reconhecer no outro os mecanismos egocêntricos de autojustificação, que estão em nós, bem como as retroações positivas (no sentido cibernético do termo) que fazem degenerar em conflitos inexplicáveis as menores querelas. É a partir da compreensão que se pode lutar contra o ódio e a exclusão.” (Morin, 2001, p.51)

Maritacas ou sabiás? Rubem Alves escreve aos (possíveis) sabiás, na conversa que faz com pais e adolescentes em seu livro *E aí? Cartas aos adolescentes e a seus pais*. A escolha do adolescente pode se fazer na opção em ser maritaca ou ser sabiá. Não é opção que se faz sozinho, mas se conforma nas relações que os adolescentes vão construindo no seu processo de amadurecimento, nas relações com a família, com os amigos próximos e distantes, com os companheiros de vida que nem sempre são tão próximos.

Maritacas gritam, e todos ouvem; vivem em bandos, fazem barulho, povoam o dia a dia de burburinhos, de bater de asas, de movimento. Sabiás são mais restritivos à convivência, buscam parceiros fixos e serenidade para poder entoar seu canto. Maritacas ou sabiás? Melhor um que outro? Rubem Alves, nos deixa pensar ... não um melhor que outro, mas um diferente do outro.

Escolhas ... na verdade isto! Nem sempre as melhores, nem sempre as piores, mas escolhas.

Por que começar por aqui? Talvez porque faz pensar sobre a origem deste estudo.

Este estudo e seu desenvolvimento fazem parte de um conjunto de escolhas. Algumas compulsoriamente colocadas, outras assumidamente definidas; algumas traçadas pela vida no caminho do trabalho e tendo ressoado e ganhado sentidos diversos passaram a fazer parte da vida no trabalho. Outras tomadas como decisões de se construir a vida e o trabalho.

Neste processo de escolhas e de decisões, pessoas, companheiros, parceiros, amigos se fizeram presentes. Tentar nomear todos é difícil, o risco da memória trair a importância de cada um me faz desistir da nomeação individual. Assim, o agradecimento será sem caras e sem nomes, será para os companheiros, parceiros e amigos que têm estado presentes nos meus processos de escolha para a vida e para o trabalho. As vezes escolhendo ser maritaca, as vezes escolhendo ser sabiá.

Então, vamos lá... Minha dívida é grande, mas a minha gratidão é imensa àqueles que comigo escolhem e fazem os caminhos, meus companheiros, parceiros e ... amigos:

Da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e em especial aqueles do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, com quem divido o trabalho, as dúvidas, os projetos, a disposição, os desafios, os afetos ...

Do Núcleo de Saúde da Família V do Centro de Saúde Escola FMRP-USP, que num processo conflituoso, de muito esforço, paciência, descobertas, altamente produtivo, solidário têm ganhado um espaço de grande importância na minha constituição enquanto docente, enfermeira, pessoa.

Do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP que apesar das dificuldades presentes na articulação do trabalho assistencial e do trabalho de ensino, permitiram minha reaproximação ao árduo trabalho nas unidades de saúde, na busca de compreender e experimentar outras possibilidades para que esta articulação Universidade - Serviços de Saúde possa se configurar de uma forma produtiva em que se faz ensinando e se ensina fazendo e aprendendo.

Da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, que prontamente possibilitaram o desenvolvimento da pesquisa e têm possibilitado o aprendizado da diferença, da diversidade, das relações que precisam ser construídas cotidianamente, frente às disputas que se colocam no cenário das políticas de saúde no nível local.

Pesquisadores e alunos que comigo têm buscado a produção de conhecimento junto ao Projeto de Pesquisa "*O trabalho de enfermagem em*

atenção primária na organização dos serviços locais de saúde”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP, e junto ao Projeto Integrado de Pesquisa “Organização do trabalho em serviços de atenção primária à saúde: construindo possibilidades de intervenção em Enfermagem”, que conta com subsídios financeiros do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq.

A todos minha gratidão.

Sumário

RESUMO

SUMMARY

RESUMÉN

APRESENTAÇÃO.....	2
<i>I. A GERÊNCIA EM FOCO - contextualizando o objeto de estudo e o aporte teórico.....</i>	6
1.1. O processo de trabalho em saúde - historicamente criando e atendendo necessidades.....	13
1.2. Pensando a interface: gerência de serviços de saúde e os agentes do trabalho..	19
1.3. Localizando a Saúde da Família - possibilidades e limites de uma estratégia de política pública.....	30
<i>II. CONSTRUINDO O PROCESSO DE PESQUISA.....</i>	35
2.1. O campo do estudo - conhecendo Ribeirão Preto.....	36
2.2. A coleta de dados - entrevista semi-estruturada e os sujeitos da pesquisa.....	40
.....	
2.3. O processo de análise dos dados.....	42
<i>III. APRESENTANDO OS TRABALHADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA - os sujeitos da pesquisa.....</i>	44
3.1. O perfil sócio-demográfico, a formação técnico-científica e a experiência anterior dos trabalhadores.....	45
3.2. Trabalhar na Saúde da Família - Por quê?.....	50
<i>IV. A POSSIBILIDADE DE CONSTRUIR A OBRA - as contradições e as brechas que se abrem com a Saúde da Família.....</i>	60
4.1. O novo e o velho em disputa - possibilidade de construção da OBRA?.....	62
4.2. As bases tecnológicas para o projeto assistencial da Saúde da Família - a lógica da carência e do desamparo.....	79
<i>V. A COORDENAÇÃO DO TRABALHO - a gerência como ferramenta para a transformação do processo de trabalho na Saúde da Família.....</i>	89
5.1. Os instrumentos para o trabalho na Saúde da Família.....	91
5.2. A possibilidade de uma coordenação técnico-política para o acompanhamento da Saúde da Família no município.....	112

<i>VI. A TÍTULO DE FINALIZAÇÃO.....</i>	129
<i>VII.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</i>	135
<i>ANEXOS.....</i>	144

Resumo

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, 153p. Tese Livre docência - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

A Reforma Sanitária brasileira trouxe para cenário de construção do Sistema Único de Saúde - SUS um conjunto de demandas gerenciais, assistenciais e intersetoriais que desafiam a administração pública. Um dos desafios é buscar o comprometimento dos trabalhadores de saúde a esta proposta, assim como o estabelecer instrumentos, como, por exemplo, a gerência de serviços de saúde, para a (re)organização do processo de trabalho em saúde que possibilitem o atendimento das necessidades de saúde da população, e a ação de saúde voltada para a produção de cuidados. Analisar gerência em serviços de atenção básica, que desenvolvem o Programa de Saúde da Família - PSF, estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para reestruturação da assistência na atenção básica, é a direção apontada neste estudo. A natureza das questões presentes na construção do objeto de estudo e do quadro teórico, sustentado pelos conceitos de processo de trabalho, trabalho em saúde, organização do trabalho, relações sociais entre os trabalhadores de Saúde da Família e do Movimento Institucionalista levaram a localizar esta investigação na abordagem qualitativa, sendo os sujeitos da pesquisa os trabalhadores de três equipes de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto. Foi possível identificar que vários foram os fatores que levaram os trabalhadores entrevistados a atuar na Saúde da Família, desde a busca por um trabalho diferenciado, com a possibilidade de ampliação da atuação clínica mais próxima do usuário, da família, visando superar a insatisfação presente no desenvolvimento do trabalho cotidiano, até a possibilidade de engajamento no mercado de trabalho formal. Apesar da lógica da carência e do desamparo marcar a carne dos trabalhadores, encontra-se presente: a potência de criação, a possibilidade de criação da *Obra* coletiva, mobilizando energias, impregnando o trabalho de aridez e dificuldade, mas também de satisfação, reconhecimento, prazer no trabalho. São as contradições que se insinuam e se escancaram, fazendo o dia a dia cheio de ruídos que podem se fazer dispositivos para a descaptura do trabalho na atenção básica. A ausência de coordenação técnico-política no nível municipal que possa oferecer a condução do processo de implantação e implementação da Saúde da Família é assinalada como dificultadora para o trabalho, sendo que no nível micropolítico esta questão se faz igualmente presente. A coordenação / gerência poderia ajudar a construir esta direcionalidade do trabalho, criar uma linguagem comum entre a equipe, gerar a possibilidade de transformar esta equipe agrupamento em equipe integração, ajudar a ouvir os ruídos do dia a dia e a reconhecer os estranhamentos presentes na lida cotidiana, de modo a criar as brechas para o trabalho na direção da produção de cuidados. Gerência que possa estar implicada, que esteja envolvida no projeto assistencial, em disparar processos de repensar o trabalho, em processos de auto-análise: análise da equipe do que produz, para quê produz, para quem produz, como produz.

Palavras chave: gerência de serviços de saúde, saúde da família, atenção primária a saúde, processo de trabalho em saúde

Abstract

MISHIMA, S.M. The management of services of basic health care as instrument for the reorganization of the assistance to health - the case of the Program of Health of the Family. 2003, 153p. Tese Livre docência - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

The Brazilian Sanitary Reform brought to the scenery of construction of the Unique System of Health - SUS, a group of managerial, intersectorial and assistances demands which challenge the public administration. One of the challenges is to search the commitment of the workers of Health with this proposal, as well as to establish instruments as, for instance, the management of Health services for the reorganization of the work process in Health that make it possible the fulfillment of the Health needs of the population, and the action of Health aiming at the production of care. The main objective of this study is to analyze management in services of basic care that develop the Program of Health of the Family - PSF, strategy adopted by Ministry of Health for restructuring the attendance in the basic care. The nature of the issues present in the subjects of the construction of the study object and of the theoretical picture are sustained by the concepts of work process, work in Health, organization of the work, social relationship among the workers of Health of the Family and of the Institutional Movement they took to locate this investigation in the qualitative approach, being the subject of the research the workers of three teams of Health of the Family of the municipal district of Ribeirão Preto. It was possible to identify that several were the factors that took the interviewed workers to act in the Health of the Family, from the search for a differentiated work, with the possibility of enlargement of the realization of a clinic closer to the user, to the family, seeking to overcome the present dissatisfaction in the development of the daily work, to the possibility of engagement in the formal job market. In spite of the logics of the lack and of the abandonment to mark the workers' meat it is present: the creation potency, the possibility of creation of the collective Work, mobilizing energies, impregnating the work of aridity and difficulty, but also of satisfaction, recognition, pleasure in the work. The contradictions make advances and they are opened, making it day by day full of noises that can be made devices for the discapture of the work in the basic care, the absence of technopolitical coordination in the municipal level that can offer the transport of the implantation process and the implementation of the Health of the Family is marked as difficult for the work, and in the micro political level, this subject is made equally present. The coordination / management could help to build this directionality of the work, to create a common language among the team members, to generate the possibility to transform this team grouping in team integration, to help to hear the noises of the day by day and to recognize the present strangeness in the daily work, in a way to create the breaches for the work in the direction of the production of care. Management that can be implied, that is involved in the care project, in shooting processes of rethinking the work, in self-analysis processes: team analysis of what they produce, why they produce, to whom they produce, and how they produce.

Key Words: Health services management, Health of the family, Basic Health Care, work process in Health.

Resumen

MISHIMA, S.M. **La gerencia de servicios de atención primaria a la salud como instrumento para la reorganización de la asistencia a la salud - el caso del Programa de la Salud de la Familia.** 2003, 153p. Tese Livre docência - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

La Reforma Sanitaria brasileña trajo para el escenario de construcción del sistema Único de Salud -SUS un conjunto de demandas gerenciales, asistenciales e intersectoriales que desafían la administración pública. Uno de los dos desafíos es buscar el entendimiento de los trabajadores de salud para esta propuesta, así como establecer instrumentos, como, por ejemplo, la gerencia de servicios de la salud, para la reorganización del proceso de trabajo en salud que posibiliten el atender de las necesidades del atender de la población, y la acción de la salud vuelta para la producción de cuidados. Analiza la gerencia en servicios de atención básica, que desarrollen el Programa de Salud de la Familia - PSF, estrategia adoptada por el Ministerio de la Salud para la reestructuración de la asistencia en la atención básica, es la dirección apuntada en este estudio. La naturaleza de las cuestiones presentes en la construcción de objeto de estudio y del cuadro teórico, sustentado por los conceptos de proceso de trabajo, trabajo en salud, organización de trabajo, relaciones sociales entre los trabajadores de la Salud de la Familia y del Movimiento Institucionalista que llevaron a localizar esta investigación en el abordaje cualitativo, siendo los sujetos de la pesquisa los trabajadores de tres equipos de Salud de la Familia de la provincia de Ribeirão Preto. Fue posible identificar que varios fueron los factores que llevaron a los trabajadores entrevistados a actuar en la salud de la familia, desde la búsqueda por un trabajo diferenciado, con la posibilidad de ampliación de la actuación clínica más próxima del usuario, de la familia, visando superar la insatisfacción presente en el desarrollo del trabajo cotidiano, hasta la posibilidad de contratación en el mercado de trabajo formal. A pesar de la lógica de la carencia y del desamparo marcar la carne de los trabajadores se encuentran presentes: La potencia de creación, la posibilidad de creación de la obra colectiva, movilizand o energías impregnando el trabajo de aridez y dificultando, pero también de satisfacción, reconocimiento placer en el trabajo. Son las contradicciones que se insinúan y se muestran, haciendo el día a día lleno de ruidos que se pueden hacer dispositivos para el desprendimiento del trabajo en la atención básica. La ausencia de coordinación técnico-político en la provincia que pueda ofrecer la conducción del proceso de implantación e implementación de la salud de la familia es señalada como dificultadora para el trabajo, siendo que en el nivel micro político esta cuestión se hace igualmente presente. La coordinación / gerencia podrían ayudar a construir esta dirección del trabajo, crear un lenguaje común entre el equipo, generar la posibilidad de transformar este equipo agrupamiento en equipo integración, ayudar a oír los ruidos del día a día y a reconocer los entañamientos presentes en el trabajo cotidiano, de forma a crear las brechas para el trabajo en la dirección de producción de cuidados. Gerencia que pueda estar implicada, que este involucrada en el proyecto asistencial, en disparar procesos de repensar el trabajo, en procesos de auto-análisis: Análisis del equipo del que produce, para que produce, para quien produce y como produce.

Palabras claves: gerencias de servicios de salud, salud de la familia, atención primaria a la salud, proceso de trabajo en salud.

APRESENTAÇÃO

Apresentação

A temática da gerência, apenas mais recentemente, começa a ser objeto de preocupação por dirigentes do setor público de saúde, apesar de não ser nova esta abordagem na literatura administrativa.

Pode-se dizer que é com a Reforma Administrativa de 1969 na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo que é introduzida a gerência local nos serviços públicos de atenção primária. A Reforma Administrativa previa um conjunto de ações visando dar maior organicidade às estruturas existentes na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que agiam de forma fragmentada e sem uma coordenação única de ação, sendo que a idéia era de promover *“uma reforma completa na organização e prevendo um novo gerente como um agente privilegiado em sua implantação”*. (Castanheira, 1996, p.168)

É, contudo, com o processo de implantação e implementação do Sistema Único de Saúde, e com o aprofundamento da diretriz organizativa da descentralização que a temática da gerência e gestão do sistema e serviços de saúde começa a ganhar corpo e espaço na agenda política, uma vez que a constituição do Sistema Único de Saúde - SUS, demanda uma outra lógica assistencial e organizativa nos serviços de saúde.

Com a NOB 96 há explicitamente a definição do entendimento, para fins de operacionalização do princípio da descentralização, de gestão e gerência, sendo o primeiro termo definido como a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual, nacional) mediante o exercício de funções de coordenação, avaliação e auditoria, enquanto que a gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou estabelecimento de saúde, como por exemplo, uma unidade de saúde, um ambulatório, um hospital.

É neste contexto que esta pesquisa se insere, ou seja, a partir da perspectiva de implantação e implementação de uma política pública - Programa de Saúde da Família, PSF - que é inicialmente apresentada como

uma estratégia de reorganização das práticas e dos serviços de saúde na direção de consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS, buscar compreender os processos gerenciais como instrumento para a reorganização das ações e práticas de saúde na atenção básica.

Cabe-me destacar que grande parte da produção e da discussão acerca desta temática tem se voltado para a dimensão macro-estrutural do trabalho gerencial, sendo escassas as referências a partir das questões ligadas aos aspectos micropolíticos dessa prática no processo de trabalho em saúde.

Ao debruçar-me sobre esta temática retomo a aproximação teórico-conceitual já iniciada em meu doutorado quando da realização da investigação *"Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto"*, buscando agora aprofundar alguns aspectos relativos à compreensão das tecnologias presentes no processo de trabalho em saúde e resgatando os acertos e erros de vivenciar a coordenação de uma equipe de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto.

A apresentação formal do texto está construída em seis capítulos. No Capítulo I - *"A gerência em foco - contextualizando o objeto de estudo e o aporte teórico"*, busco localizar a temática e o recorte do objeto da pesquisa, sustentados por certo olhar, o processo de trabalho em saúde e conceitos do Movimento Institucionalista auxiliada por autores como Mendes Gonçalves, Merhy, Campos, Almeida, Baremlitt. Neste capítulo, ainda se fazem presentes o pressuposto e o objetivo da pesquisa.

No Capítulo II - *"Construindo o processo de pesquisa"* apresento o percurso metodológico com há a explicitação das opções relativas à abordagem qualitativa, as Unidades de Saúde da Família selecionadas, e os procedimentos de análise do material empírico, assim como os dois grandes temas que emergiram deste processo.

No Capítulo III - *"Apresentando os trabalhadores das equipes de Saúde da Família - os sujeitos da pesquisa"* trago os primeiros aspectos da análise apresentando os trabalhadores que foram sujeitos da investigação: quem são e porque fizeram a opção de estarem inseridos no trabalho da Saúde da Família, porque foram afetados pela proposta.

O Capítulo IV - *"A possibilidade de construir a Obra - as contradições e brechas que se abrem com a Saúde da Família"*, se constitui o primeiro tema identificado na análise do material empírico, onde são assinaladas as contradições na conformação da prática de trabalho, onde o novo e o velho

convivem em disputa, apontando, contudo, para indícios da construção da *Obra* pelos trabalhadores da Saúde da Família, as dificuldades vividas pelas equipes e a necessidade de uma coordenação técnico-política para o trabalho no âmbito do município.

O Capítulo V - *"A coordenação do trabalho - a gerência como ferramenta para transformação do processo de trabalho na Saúde da Família"* se constitui no segundo tema trabalhado sendo trazidos os instrumentos de trabalho para a Saúde da Família e a gerência como mobilizadora e articuladora para o uso dos instrumentos na direção da transformação do processo de trabalho na Saúde da Família na sua positividade ou negatividade, mas evidenciando as possibilidades que se fazem presentes.

Finalmente, no Capítulo VI - *"A título de finalização"* busco apresentar algumas reflexões acerca da produção do projeto político para a Saúde da Família no município de Ribeirão Preto, com pontos destacados do Projeto Ethos de Atenção à Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, onde se evidenciam infindáveis possibilidades que podem ganhar ressonância no trabalho, gerando a possibilidade de acontecimentos, de novas formas de produzir cuidados e de gerenciar estes processos.

Assim, convido a todos adentrar ao texto percorrendo os caminhos da escrita, com o convite de *"estranhar"* as questões apresentadas e, mesmo sem a interlocução mais próxima, conversar com os escritos que são sempre provisórios e inacabados.

*A GERÊNCIA EM FOCO – contextualizando o
objeto de estudo e o aporte teórico*

1. A gerência em foco – contextualizando o objeto de estudo e o aporte teórico

“Não é uma receita de bolo! Quantas vezes ouvimos esta ladainha, mas como é que os confeitadores aprendem a fazer bolos? Certamente com a convivência culinária e com artistas doçeiros, certamente estando sensível a esta aprendizagem, certamente se deixando aprender pelo universo das referências sensoriais e de afirmação do prazer. Sem a convivência e sem o coletivo, não se pensa e não se sente. Sentir e pensar é resultado do confronto com o estar de corpo presente, condição de qualquer aprendizagem (não erudição) [...]” (Ceccim, 2002, p.27)

Ao ler esta afirmação de Ceccim (2002), me ocorreu, mais uma vez¹, por que estar aqui buscando produzir um estudo sobre a gerência de serviços de saúde. A resposta que mais imediatamente se desvelou foi que tomar como temática central, a gerência de serviços de atenção básica em saúde com ênfase nos serviços que desenvolvem o Programa de Saúde da Família - PSF e sua interface com a questão dos recursos humanos² em saúde frente ao processo de transformação porque passam os serviços públicos de saúde, implica em considerar que esta é uma dimensão de fundamental importância na produção de cuidados de saúde no processo de construção cotidiana do Sistema Único de Saúde - SUS.

E neste sentido, parece que sempre a busca da receita se faz

¹ Esta temática da gerência dos serviços de saúde, com ênfase na gerência de serviços locais de saúde foi objeto de estudo de meu doutorado: MISHIMA, S.M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. 1995. 355 p. Tese Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

² Aqui não estarei optando pela terminologia recursos humanos e sim trabalhadores de saúde, uma vez que estarei tomando estes em suas relações mais gerais no desenvolvimento do trabalho.

necessária. O que significa a gerência/gestão³ de sistemas e serviços de saúde no SUS? Como fazer/desenvolver esta prática? Para quê fazer, qual sua finalidade no processo de produção de cuidados de saúde? Por quê fazer desta forma, há só um modo de realizá-la? Quem deve executá-la? Perguntas que não estiveram presentes em outros momentos?

Ceccim (2002) fala que a Reforma Sanitária brasileira trouxe para cenário de construção do SUS um conjunto de demandas gerenciais, assistenciais e intersetoriais que desafiam a administração pública, uma vez que o sistema de saúde brasileiro é definido como uma rede regionalizada e hierarquizada configurando um sistema único sob as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da sociedade, sendo que esta definição é profundamente distinta do anterior Sistema Nacional de Saúde⁴, cuja principal característica estava na centralização da gestão nacional do setor.

A Constituição Federal estabelece esta rede como de relevância pública e como dever do Estado, colocando, desta forma, em cena privilegiada no quadro que se delineia com a constituição do SUS a

“gestão de sistemas e a gestão de serviços de saúde como novidade política, pois não cabe mais ao estudo da saúde pública apenas o conhecimento da gerência das unidades de serviço, mas o pensar (planificar, avaliar, transformar, ordenar, inovar) o conjunto dos movimentos de implementação da reforma sanitária.” (Ceccim, 2002, p.16)

Desta forma, com a implantação e o movimento de consolidação do SUS desafios são colocados para a *“adequação”*⁵ dos trabalhadores de saúde aos seus princípios e diretrizes, assim como do estabelecimento de instrumentos, como, por exemplo, a gerência de serviços de saúde, para a

³ Como se verá mais adiante a Norma Operacional Básica 1/96 – NOB 96 traz para o setor saúde a diferenciação entre gestão e gerência, *“colocando em pauta uma questão de importância, não apenas do ponto de vista conceitual, mas de natureza prática, ao definir níveis diferenciados de responsabilidade e compromisso dos trabalhadores, quer sejam eles aqueles que dirigem os sistemas municipais, estaduais ou federais de saúde, ou quer sejam eles aqueles que cotidianamente operam diretamente ações nos serviços de saúde.”* (Bertussi & Mishima, 2003). Aqui opto para a utilização do termo gerência uma vez que passo a olhar para o processo de descentralização do sistema e dos serviços de saúde, podemos localizar a gerência como um componente estratégico para a transformação do processo de trabalho em saúde e do modelo de atenção à saúde.

⁴ Sistema Nacional de Saúde – SNS, definido pela lei nº 6229, de 1979.

⁵ O termo *adequação* aqui se apresentou entre aspas, pois na ausência de uma terminologia que pudesse traduzir a idéia de que outros sentidos e significados em relação aos princípios e diretrizes do SUS passam a serem necessários aos trabalhadores de saúde.

(re)organização do processo de trabalho em saúde que possibilitem o pleno desenvolvimento e atendimento das necessidades de saúde da população, e a ação de saúde voltada para a produção de cuidados.

Este movimento, sustentado pelo processo de descentralização, traz para o nível local novas responsabilidades e compromissos no sentido de atender às demandas e expectativas que se colocam, por parte dos usuários do sistema de saúde, e ao mesmo tempo a necessidade: de expansão física e funcional da rede de atendimento à saúde, da adequação do quantitativo e qualitativo de trabalhadores alocados para a prestação de cuidados, de revisão dos padrões de produtividade, da avaliação da qualidade da assistência prestada. Inserida neste contexto, a gerência de serviços de saúde tem sido tomada como um fator de fundamental importância para o alcance destes objetivos. *“Por esta razão tem-se apresentado progressiva demanda por capacidade gerencial nas unidades prestadoras de serviços de saúde.”* (Bertussi, 2002, p.22). Nesta direção, cabe assinalar que pelo Brasil afora, diversas iniciativas têm sido desencadeadas com a finalidade de suprir a dificuldade de qualificação gerencial, *“como uma condição fundamental para a melhoria da eficiência, eficácia e efetividade dos serviços de saúde do sistema municipal”* (Bertussi, 2002, p.61).⁶

É importante, contudo, destacar que é necessário compreender os limites destas afirmações, uma vez que a perspectiva de se olhar para a gerência, descolada das questões contemporâneas que se vive na saúde⁷, pode conduzir a possibilidade de tomá-la como um remédio para muitos males e considerar estritamente seus aspectos burocráticos, do cumprimento de

⁶ Iniciativas como o Projeto GERUS – Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do SUS, elaborado em cooperação técnica, Ministério da Saúde e Organização Panamericana da Saúde – OPAS, foi destinado a apoiar o desenvolvimento gerencial dos serviços de saúde, focando na qualificação técnica e administrativa de gerentes de Unidades Locais de Saúde. Ainda, em articulação com a OPAS, Cursos de Especialização para equipes gestoras e cursos de capacitação para gestores do SUS vêm sendo desenvolvidos desde o final de 2000.

⁷ Sá (2001, p.152 - 154) discutindo a subjetividade no processo de governabilidade das instituições de saúde, assinala que *“nossa sociedade está sofrendo os efeitos de uma superioridade relativa do que poderíamos chamar de ‘forças desagregadoras’ do tecido social. [...] Assim, observam-se fenômenos como a intensificação do individualismo, em detrimento da efetiva valorização do sujeito e da interioridade; o culto ao corpo, que passa a ser indicador de sucesso individual e utilidade social; o desenvolvimento de um ‘narcisismo de morte’, onde os indivíduos só enxergam uma imagem idealizada de si mesmos, sem qualquer possibilidade de ligação com os outros; e uma vontade de eficácia a qualquer preço.”* Estas, dentre outras questões segundo a autora caracterizaria uma situação análoga à descrita por Freud em 1930, que poderia ser nomeada de “mal-estar nas organizações de saúde”, afirmando que reflexões acerca desta situação ajudam a compreender os determinantes do processo que temos vivenciado, *“de brutal desvalorização da vida, individual e coletiva, na sociedade brasileira e, especificamente no âmbito de nossos serviços de saúde, pois os argumentos usualmente levantados como a insuficiência de recursos de saúde e as políticas de sucateamento do setor público de saúde explicam apenas em parte e muito superficialmente esse quadro.”*

tarefas e do controle das mesmas, e não como um dos aspectos centrais *“para a recuperação de sistemas públicos, para sua transformação em um instrumento em defesa da vida.”* (Bertussi, 2002, p.32), como uma instância de utilização de instrumentos administrativos da condução e articulação de políticas, como um desafio estratégico para a condução do processo de trabalho em saúde na direção da produção de cuidados, da humanização da assistência e do atendimento às necessidades expressas pelos usuários. (Campos, 1989, 2001; Sá, 2001, Mishima et al, 2003)

Tal afirmação de forma alguma credita exclusivamente à gerência de serviços de saúde a potência de transformar os processos e os serviços de saúde, uma vez que é preciso que se faça a leitura crítica e objetiva deste instrumento de trabalho, sendo necessário se definir *“com maior precisão seu peso e seu lugar na escala de determinantes do processo de produção de serviços de saúde. [...] Ou seja, o processo de gestão parece estar mais bem conceituado quando definido como instrumento necessário, mas não suficiente, à implementação de políticas [...]”* (Campos, 1989, p.10), uma vez que ao assim considerarmos a gerência, esta se coloca

“ao mesmo tempo, “condicionante do” e “condicionada pelo” modo como se organiza produção de serviços de saúde. Essa dupla posição - de produto de um determinado contexto e de criador deste mesmo contexto – torna o processo de gestão permeável à influência dos diferentes sujeitos sociais interessados em diversas políticas de saúde”. (Campos, 1989, p.11)

Franco & Merhy (1999) discutindo a questão dos modelos assistenciais em saúde, trazem algumas reflexões pertinentes para se pensar o trabalho gerencial na direção assinalada acima. Os autores afirmam que os fatores sociais, políticos e econômicos definem em grande parte a estrutura e organização dos serviços de saúde, sendo que tais aspectos estão assentados por referência ao que se denomina de macropolítica. Por outro lado, o funcionamento e o perfil assistencial dos serviços de saúde é dado pelos *“processos micropolíticos e pelas configurações tecnológicas do trabalho, através dos quais ocorre efetivamente a produção do cuidado à saúde.”* Continuam afirmando que o

trabalho em saúde traz como componente poderoso, o trabalho vivo em ato⁸, que é fundamental e insubstituível, sendo que neste processo o

“[...] ‘autogoverno’ do trabalhador de saúde, sobre o modo de fazer a assistência, muitas vezes é o que determina o perfil de determinado modelo assistencial, agindo como dispositivo de mudanças, capazes de detonar processos instituintes frente à organização de serviços de saúde . Por este motivo, a mudança de modelos assistenciais requer em grande medida, a construção de uma nova consciência sanitária e a adesão destes trabalhadores ao novo projeto. É preciso consensuar formas de se trabalhar, que estejam em sintonia com a nova proposta assistencial, o que não se consegue por normas editadas verticalmente.”
(Franco & Merhy, 1999, p.8)

Tomando estas questões, aqui se credita a possibilidade de se refletir sobre a gerência dos serviços de saúde como uma potente ferramenta para imprimir uma dada direcionalidade ao processo de trabalho em saúde nas unidades locais, no sentido da produção de cuidados de saúde, não se restringindo ao desenvolvimento de atividades burocráticas como se tem verificado de forma intensiva nos serviços de saúde. Esta possibilidade, leva, portanto, a se pensar na construção de alternativas que possam diminuir a distância entre os que comandam, dirigem e aqueles que executam cotidianamente as ações de saúde. *“Trabalhar para que todos sejam em alguma medida gerentes, reformular os organogramas das instituições redistribuindo o poder de decidir.”* (Campos, 1994, p.32)

Barembliitt (1994) abre uma janela para se refletir sobre este último aspecto quando apresenta dois conceitos básicos do Movimento Institucionalista ou Instituinte⁹: *auto-análise e autogestão*, processos simultâneos e articulados.

“A auto-análise consiste em que as comunidades mesmas, como protagonistas de seus problemas, de suas necessidades, de suas demandas, possam enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um vocabulário próprio que lhes permita

⁸ Este conceito será apresentado mais adiante neste texto, e uma discussão mais aprofundada do mesmo é encontrada em: MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. Parte II, p.71 – 112.

⁹ Barembliitt (1994, p.11) apresenta o Movimento Institucionalista ou Instituinte *“como um conjunto heterogêneo, heterológico e polímorfo de orientações, entre as quais é possível encontrar-se pelo menos uma característica comum: sua aspiração a deflagrar, apoiar e aperfeiçoar os processos auto-analíticos e autogestivos dos coletivos sociais.”* É um conjunto de escolas, tendências, sendo que segundo este autor, não existe nenhuma escola ou tendência que possa dizer que encarna plenamente o ideário do movimento institucionalista. Neste estudo, tomo as idéias e conceitos trabalhados em: BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: Teoria e prática**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1994.

saber acerca de sua vida. [...] Este processo de auto-análise das comunidades é simultâneo com o processo de auto-organização, em que a comunidade se articula, se institucionaliza, se organiza para construir os dispositivos necessários para produzir, ela mesma, ou para conseguir, os recursos de que precisa para o melhoramento de sua vida sobre a terra. Na medida em que esta organização é consequência e, ao mesmo tempo, um movimento paralelo com a compreensão da auto-análise, ela também não é feita de cima para baixo, nem de fora, mas feita no próprio seio heterogêneo do coletivo interessado.” (Baremblytt, 1994, p.17)

Ao trazer tais conceitos como presentes em qualquer tendência do Movimento Instituinte e fundamentais para a sustentação de sua lógica, Baremblytt (1994, p.20), não nega, contudo, que nos processos produtivos não estão abolidas a hierarquia de decisão, de deliberação, sendo enfático em afirmar que existirão hierarquias, existirão gerências. *“Mas, a existência de hierarquia não implica diferença de poder; não equivale à autarquia ou arbitrariedade na capacidade de decidir. Implica apenas uma certa especialização em algumas tarefas, porque estes dispositivos estão feitos de tal maneira que as decisões de fundo são tomadas coletivamente.”*

Tais idéias têm colaborado para a sustentação de uma reflexão e produção que se volta para estabelecer um instrumental que possa contribuir com o gerenciamento cotidiano dos recursos e trabalhadores envolvidos no processo de trabalho em saúde de forma mais participativa (Campos, 1992, 1994, 1997, 2000; Gallo, 1995; Junqueira, 1992; Merhy, 1991, 1998, 2002; Merhy & Onocko, 1997; Motta, 1991; Mishima, 1995; Rivera, 1995 dentre outros autores da área da Saúde Coletiva), voltado à consolidação de uma proposta de atenção que qualifique a vida dos cidadãos.

Ainda, estas concepções vêm oferecendo uma sustentação teórica, principalmente, no que diz respeito à possibilidade de se estabelecer dispositivos¹⁰ grupais e coletivos nos estabelecimentos de saúde de modo a criar alternativas de intervenção na realidade. (Campos, 1997; Fortuna, 1999; Matumoto, 1998; Matumoto et al., 2001; Merhy & Onocko, 1997; Sá, 2001)

Intervir na realidade exige sempre responder a pergunta: em que direção? Qual a direcionalidade a ser dada ao processo. Sá (2001, p.156) afirma que *“planejamento e gestão/governo deixam de dizer respeito a um*

¹⁰ Para o Movimento Institucionalista *dispositivo* ou *agenciamento* é uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera o novo, e aqui o novo, não apresenta nenhum juízo de valor no sentido de bom ou ruim, melhor ou pior, mas do novo em relação à situação instituída.

problema de administração das coisas pelos homens e passam a significar um problema de interação entre os homens na busca de seus objetivos.”

Assim, coletivizar o trabalho, gerir serviços de saúde dividindo responsabilidades, estabelecer estratégias que possam recompor o trabalho em atenção primária no sentido de acolher a clientela em suas necessidades pode significar o favorecimento de uma lógica participativa e democrática creditando aos trabalhadores e usuários a capacidade de se constituírem atores num processo de construção e de criação de diferentes possibilidades de intervenção.

Esta direção certamente atende as premissas colocadas na proposta da atenção primária à saúde e da consolidação dos princípios norteadores do SUS.

“... poderíamos afirmar que a adesão dos trabalhadores a um novo projeto de sociedade (ou de saúde), depende do reconhecimento de que esse novo estilo de vida já é possível hoje. De que o viver cotidiano não precisa obrigatoriamente ser aquele da repetição, da renúncia sistemática à autonomia e ao desejo. Que o trabalho em um centro de saúde, hospital, ou em qualquer outra instituição pública, pode ser um espaço para a realização profissional, para o exercício da criatividade, um lugar onde o sentir-se útil contribua para despertar o sentido de pertinência à coletividade, transcendendo o papel tradicional do trabalho que é o de, quando muito, assegurar a sobrevivência e um determinado nível de consumo. Uma via para transcender a alienação social. Uma possibilidade em aberto.” (Campos, 1997, p.67)

Esta pertinência que Campos (1997) se refere, pode significar a possibilidade do trabalhador de saúde (e usuários dos serviços) de se tornar autor do projeto assistencial em construção e, neste sentido, não há dúvida, que só se consegue algum tipo de mudança no modo de produzir saúde, se isto for uma tarefa coletiva, do conjunto de atores, “reformadores” de modos de produzir ações de saúde (Merhy & Onocko, 1997). Estabelecer estratégias, portanto, que possam abrir possibilidades para que o trabalhador em saúde se reconheça no projeto que está sendo construído parece ser um dos desafios que se coloca no cenário contemporâneo da saúde.

Esta discussão aponta para dois aspectos presentes na lida dos serviços de saúde e que implica em se olhar para a interface destes dois temas extremamente complexos na produção em saúde: de um lado a questão dos *trabalhadores de saúde*, aspecto na área da saúde que vem sendo

assinalado como um dos pontos nevrálgicos para a construção de um sistema de saúde (Campos, 1989, Ceccim, 2002, Mishima et al, 2003) que se pautem pelo respeito aos princípios e diretrizes do SUS; e de outro, a forma como se colocam cotidianamente em ação *processos de condução do processo de trabalho* (Merhy, 1997; Campos, 2000; Sá, 2001; Merhy, 2002), que possam permitir a adesão e compromisso dos trabalhadores e o desenvolvimento de ações coerentes ao projeto ético-político do SUS em seus princípios de universalidade, equidade, participação social e que podem conduzir ao exercício de direitos, ou seja, plena expressão de cidadania.

Quando afirmo que estes dois temas: *gerência de serviços de saúde e trabalhadores de saúde*; apresentam uma interface bastante importante na produção em saúde, tenho por referência o processo de trabalho em saúde. Assim, para seguir adiante na compreensão destas inter-relações é necessária uma breve interrupção para apresentar de modo sucinto a compreensão que se tem neste estudo sobre a questão do processo de trabalho em saúde.

1.1. O processo de trabalho em saúde – historicamente criando e atendendo necessidades¹¹

Trabalho é designado como uma atividade que altera o estado natural (da natureza), transformando-a para melhor atender necessidades (Santos, 1992). Mendes Gonçalves (1992) estudando as práticas de saúde, inicia suas discussões buscando definir trabalho e trabalho em saúde fundamentando-se em Marx, afirmando que as

“duas idéias mais gerais e abstratas que encaminham à delimitação do conceito de trabalho são as de ‘energia’ e de ‘transformação’, conjugadas em um único processo [...] Com isso se quer expressar que ‘algo’ que havia ‘antes’ se transforma em ‘outro algo’ que há ‘depois’, através de um processo no qual certa quantidade de energia se aplicou.” (1992, p.3)

¹¹ Algumas considerações que estão apresentadas no texto a partir deste momento (e no item 1.2.) foram extraídas do texto: MISHIMA, S.M. et al. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? – alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Estudos e Análises**. Brasília: MS, 2003. p. 137-156., obra coletiva, produzida no interstício de produção da presente investigação, e que vem sendo construída com parceiras de trabalho na Saúde Coletiva, parcerias nas práticas de saúde e nas práticas investigativas. Parceiras também junto ao projeto de investigação em que esta pesquisa se insere: *“O trabalho de enfermagem em atenção primária na organização dos serviços locais de saúde”* com financiamento da FAPESP e CNPq. Em alguns momentos os parágrafos serão apresentados na íntegra como presentes em sua publicação original, embora não se tenha a preocupação em assinalar de forma diferenciada estes trechos.

Ao fazer estas afirmações o autor já assinala o caráter processual que o trabalho adquire, assim como procura afastar as "*transformações espontâneas*" presentes no trabalho, conferindo-lhe, portanto, um caráter intencional.

Vai demarcando, desta forma, as especificidades do trabalho, estabelecendo a diferença entre o trabalho humano e dos outros animais, apontando que trabalho humano é marcado por duas características fundamentais: a intencionalidade e a socialidade. Assim, antes da realização do produto final, o homem imagina/projeta o que quer produzir: o arquiteto concebe o projeto de uma construção, e o faz em um movimento de troca com outros homens e com o fruto de seus trabalhos, em um espaço e tempo determinados. Esse processo não está presente na atividade de construção do favo por uma abelha, uma vez que o projeto dessa construção advém dos marcadores genéticos desses insetos.

O homem ao realizar o trabalho pode parcelá-lo e decompô-lo; a concepção e a execução do processo podem ser separadas no tempo e no espaço. Ao serem divididas - concepção e execução - e delegadas a diferentes trabalhadores¹², o trabalho humano assume uma característica distinta do trabalho animal, onde a unidade não pode ser decomposta. A aranha tece sua teia, não pode delegar essa função a uma outra aranha. Podemos desta forma afirmar que o trabalho humano ultrapassa a atividade instintiva dos animais.

O ato produtivo tem sempre uma intenção, e vai se constituir num contexto social e histórico, expresso em seus componentes operadores, o trabalho vivo e o trabalho morto. Trabalho vivo em ato é aquele que se dá no momento da sua execução pelo trabalhador, é o trabalho em ato, se processando, é o que está em ação, em um "*se dando*", e com isto, carregado de possibilidades de criação, de inventividade, de tentativas humanamente colocadas. O trabalho vivo em ato diferencia-se do trabalho morto, entendido como todos produtos-meios, instrumentos usados como ferramentas ou como matéria-prima para operacionalizar o ato produtivo, todo resultado de um trabalho vivo anterior agora cristalizado, ou seja, trabalho vivo anterior capturado, materializado na prancheta, lápis, esquadro, papel, régua, tijolo, areia, cimento e outros materiais necessários

¹² A socialidade do trabalho humano confere vantagens no ato produtivo na perspectiva capitalista. Contudo, retira a humanidade dos homens, que não se reconhecem no trabalho, são tomados apenas como força de trabalho, como recursos e mercadorias. Nesta lógica, o aparelho de RX, a mesa de exame, o computador, os impressos e os homens são considerados como fatores equivalentes na produção.

ao trabalho do arquiteto. Mas, também um certo saber tecnológico que lhe permite dar a conformação concreta daquilo que tem concebido enquanto projeto além de toda a sistematização e organização do processo para viabilizar o referido projeto.¹³

Neste sentido, trabalho vivo e trabalho morto se fazem presentes dinamicamente no desenvolvimento do trabalho, operados simultaneamente pelo trabalhador, uma vez que a dimensão da organização e a do saber tecnológico (produzidas anteriormente e, portanto, representando trabalho vivo capturado) são operadas pelo trabalhador que tem uma grande importância visto sua história de vida, sua capacidade inventiva, sua possibilidade de por em ação tais saberes para a produção em saúde. (Merhy, 2002)

Através da expressão do trabalho vivo, o trabalhador pode se apropriar dos meios/instrumentos para re-criação do trabalho, de si e dos outros, fazendo-se produto e produtor do trabalho.

É importante, contudo, que se leve em conta que desta perspectiva, o capitalismo propõe a captura do trabalho vivo através de instrumentos, dentre eles, os processos de gestão/gerência.

Campos (2000) afirma que a Administração Científica, abordagem clássica do pensamento administrativo, proposta por Frederick Winslow Taylor, e fundadora de um modo governar, em seus princípios gerais ainda não foi superada, sendo que o autor aponta que embora o campo da gestão tenha se ampliado desde os primeiros passos dados pela Administração Científica, a disciplina e o controle continuam sendo o eixo central dos processos de gestão.

“A racionalidade gerencial hegemônica produz sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria. Estes sistemas, mais do que comprar a força de trabalho, exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas e objeto de trabalho alheios (estranhos) a eles.” (Campos, 2000, p.23)

Os estudos de tempo e movimento empreendidos por Taylor, visavam constranger os distintos graus de liberdade sobre as dimensões do processo de trabalho exercidas pelos trabalhadores.

¹³ Estes conceitos são trabalhados mais intensivamente em: MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. Parte II, p.71 – 112.

“Taylor advogava que o operário, sem o controle do capitalista, faria uma fábrica do seu jeito, e que nem sempre esse jeito era o melhor para quem visava a lucratividade e a competição do mercado. Deste modo, acabou elaborando um conjunto de tecnologias de gestão de processos de trabalho que permitia capturar a autonomia do trabalhador no exercício do seu trabalho vivo, a fim de subordiná-lo aos interesses capitalistas da empresa.” (Merhy, 2002, p. 54-55)

Taylor era um capitalista que admitia a possibilidade permanente de descaptura do trabalho vivo, e apostava no desenvolvimento de *“tecnologias gerenciais para as organizações produtivas que capturassem o trabalhador nos seus exercícios de liberdade e autonomia, no terreno do trabalho vivo em ato” (Merhy, 2002, p.55).*

Entretanto, o trabalho vivo não se deixa capturar totalmente, abrindo brechas, linhas de fuga de novas possibilidades.

“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 do modo de fazer essa produção.” (Merhy, 2002, p.49)

As possibilidades de criação no trabalho em saúde se dão através da construção permanente desse bem que é simbólico, ou seja, *“saúde- doença é um bem social compartilhado, é antes de tudo uma construção social, que apresenta uma vivência diferenciada para cada sujeito, sendo que em torno de saúde e doença há diferentes concepções/significados, onde nem sempre o dado objetivo determina que o indivíduo sinta-se doente ou saudável.” (Gomes, 1999), e que para Merhy (1997), indica a busca do usuário pelo consumo de algo que detém um valor de uso inestimável, cuja finalidade é manutenção da vida com autonomia para exercer seu modo de caminhar a vida.*

Dito de outra forma, saúde/doença é produzida social e historicamente, cujo resultado não se materializa em um objeto, mas é resultante de condições de vida e de existência do grupo social envolvido (Fortuna, 1999), e neste sentido, sua construção se dá nas relações estabelecidas entre os sujeitos que cuidam ou que necessitam ser

cuidados, nos espaços de encontro que produzem relações únicas e singulares no interior dos serviços de saúde.

Assim, parto de uma compreensão de *processo de trabalho* tomando o referencial marxista que em seu sentido mais geral, é resultado da combinação do objeto, dos meios/instrumentos e do produto do trabalho. O *objeto de trabalho* é a matéria prima que será transformada, que para o sapateiro será, por exemplo, o couro, para o trabalhador de saúde será o homem. Os *meios/instrumentos de trabalho* são as ferramentas, representados pelo saber operante, traduzido nos conhecimentos, equipamentos utilizados para operar a transformação, e/ou atender as necessidades presentes na sociedade. O trabalhador está aí incluído, com seus saberes, com sua força de trabalho empregada nesta dimensão do processo de transformação, como agente que pode mobilizar transformações.

A combinação da matéria-prima com as ferramentas, por si só, não conformam produtos. Essa transformação não prescinde do trabalhador que possui um saber tecnológico que pela ação concreta dá à matéria-prima o formato que expressa o desenho imaginado anteriormente, ou seja, aquilo que deseja construir, seu plano, seu projeto de trabalho.

O *produto* é o valor criado pelo trabalho, representa um valor de uso¹⁴. Em se tratando da saúde, da educação esse produto se dá em ato, é produzido em um encontro simultâneo entre trabalhador, instrumentos (equipamentos, saberes) e o usuário, isto é, o produto é imediatamente consumido no ato de sua produção. Essa é uma característica diferenciadora do trabalho em saúde com relação a outros trabalhos: não se armazena saúde como se armazena carros e outros bens materiais.

Para Marx, conforme examina Santos (1992), as relações de produção são *tecidas entre os homens na busca de produção*. Estas relações são técnicas e sociais e determinam as condições de trabalho. Merhy (1997) também tomando Marx afirma que

“[...] o trabalho não é compreendido somente em sua dimensão mais operativa enquanto uma atividade, antes de tudo, como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção. E assim o mundo “produz” o homem, mesmo que este seja a fonte daquele e que, em potência, de

¹⁴ Os resultados de um trabalho são produtos, que podem assumir forma de bens ou serviços. No sistema capitalista, pela teoria Marxista, esses produtos carregam o valor de troca e o valor de uso. O valor de uso representa a utilidade daquele produto resultante do trabalho e expressa sua utilidade permitindo seu consumo. Enquanto que o valor de troca é circulação do produto no mercado.

modo virtual, seja o lugar da criação e o momento de existência e expressão do trabalho vivo, em atividade.” (Merhy, 1997, p.81)

Estas questões permitem a compreensão do trabalho em saúde como uma prática social que tem finalidades que se definem social e historicamente. Utiliza-se de tecnologias diversas, instrumentos e saberes, e toma como objeto de sua ação o homem enquanto sujeito social.

Fortuna (1999, p.12) assinala que a

“materialização do trabalho em saúde é o próprio homem em relação com outros homens e com a natureza, numa perspectiva de manutenção e resgate da capacidade de adaptação ativa e crítica à realidade, com processos conscientes e inconscientes, e não necessariamente apenas com resgate de corpos para essas relações de produção”.

A incorporação da categoria *trabalho* possibilita a compreensão de que as práticas sociais, dentre elas as de saúde, são determinadas pela finalidade social. Esta se refere a um projeto de ação que traduz uma dada concepção de processo saúde-doença e cuidado (Almeida et al., 1999). Dizendo de outra forma, a categoria trabalho traz importante contribuição para a compreensão do processo de produção das ações de saúde, que inclui uma finalidade, um objeto, instrumentos, processos e o sujeito desta ação. Este por sua vez trabalha sustentado por uma concepção de homem, processo saúde-doença - cuidado, e este projeto de ação se apresenta a partir de necessidades individuais e coletivas articuladas a processos políticos e estruturais.

É importante ainda destacar que Merhy (1997) apoiado nos aportes do processo de trabalho e dos institucionalistas discute o uso das tecnologias na saúde, afirmando que no desenvolvimento do trabalho em saúde, que se dá em ato, em ação, faz uso das tecnologias: tecnologias duras, as leve-duras e as leves.

As tecnologias duras seriam aquelas que têm incorporado em si trabalho vivo anterior capturado - trabalho morto, e que se traduziriam pelos equipamentos, máquinas, insumos de diferentes naturezas. As tecnologias leve-duras seriam aquelas relativas aos saberes bem estruturados que se operam no processo de trabalho em saúde como, por exemplo, a Epidemiologia, o Planejamento em Saúde, a Clínica, o saber de Enfermagem, as Teorias Administrativas. E, finalmente, as tecnologias leves seriam definidas como tecnologias de ação que se configuram em

processos de intervenção em ato, são aquelas que se produzem através do trabalho vivo em ato, em um processo de relações (Merhy, 1997; Mishima et al., 1999) como por exemplo, as relações de interação, de vínculo, de escuta e intersubjetividade.

Segundo Merhy (1997), na utilização de tecnologias leves os recursos tornam-se inesgotáveis, pois assim a organização do trabalho fica centrada no trabalho vivo que possibilita a produção de compromisso com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar a relação entre trabalhadores de saúde/usuários. Atender nessa perspectiva pode favorecer a criatividade no momento do encontro trabalhador/usuário (e igualmente no encontro trabalhador/trabalhador) que sempre é singular.

Destacar estes aspectos é de relevância, uma vez que permite revisitar as práticas contextualizadas no processo de produção em saúde, buscando construir um projeto coerente com os princípios do SUS. Um projeto no qual consideramos o trabalhador um ator social, que porta projetos, intencionalidades, e que está em uma linha de produção de fatos sociais. (Matumoto et al., 2000)

Tomando as reflexões até aqui empreendidas, se faz necessário a tentativa de buscar articulá-las aos dois aspectos anteriormente apresentados, ou seja como pensar a interface - gerência de serviços de saúde e trabalhadores - agentes do trabalho.

1.2. Pensando a interface: gerência de serviços de saúde e os agentes do trabalho

Para buscar a compreender a interface inicialmente proposta entre gerência e os agentes do trabalho/trabalhadores de saúde, convém explicitar que aqui, estou considerando que na organização dos serviços de saúde é fundamental que se tome: como é recortado o *problema de saúde* apresentado por um usuário qualquer, problema este a ser atendido a partir de determinada compreensão acerca do que é *saúde* e do que é *doença* pelos agentes envolvidos no trabalho, e que irá de certo modo encaminhar a um conjunto específico de intervenções; como são articulados os recursos que se têm disponíveis (como por exemplo os recursos materiais, financeiros, e, principalmente, quem e quantos serão os trabalhadores para quais intervenções) para a implementação de projetos de trabalho; como são geridos no dia a dia este conjunto de recursos e de trabalhadores envolvidos para

atender a um determinado projeto técnico assistencial, mas que certamente sustentado por um projeto político, dado que definido numa determinada direção a partir de opções éticas e políticas presentes no contexto de saúde. (Merhy et al., 1991)

A articulação e interdependência destes aspectos estão aqui compreendidas como de fundamental importância uma vez que *“um dos temas mais tratados e problemáticos na organização deste (sistema de saúde), vem sendo o modo como se estruturam e gerenciam-se os processos de trabalho, nos distintos tipos de estabelecimentos que ofertam serviços de saúde, essencialmente comprometidos com a defesa da vida individual e coletiva.”* (Merhy, 1997, p 71).

E aqui vou fazer um pequeno parêntesis e com a ajuda de Campos (2000) introduzir outro elemento para que se possa pensar na interface gerência e agentes do trabalho. Este autor estudando os processos de produção nos serviços de saúde, afirma que de forma genérica o objetivo de uma organização é atingir os resultados esperados, o desenvolvimento/realização de determinados produtos que correspondam às demandas da sociedade, demandas estas que são derivadas do modo como os homens na vida em sociedade produzem e se produzem.

Ao fazer esta afirmação tão óbvia, o autor está chamando a atenção para o fato de que nos processos de produção nas organizações, estas não produzem apenas valores de uso: bens/produtos que irão atender as necessidades e demandas da sociedade (expressas das mais diferentes maneiras e, portanto, nem sempre significando a satisfação do usuário mais imediato) mas,

“há outra faceta da razão de ser de qualquer Organização que nunca poderá ser eliminada, ainda quando se procure, na prática ocultá-la ao máximo: os interesses e necessidades de seus agentes são também objetivos fundamentais e que dão sentido à existência de qualquer empresa.” (Campos, 2000, p.127)

Ou seja, nos processos de produção e, no caso da saúde isto é igualmente presente, além do resultado esperado para que esta organização sobreviva na sociedade produzindo produtos dela esperados e que terão uma dada utilidade, os interesses, desejos e necessidades dos trabalhadores estarão sempre presentes. Dito de outra forma: *“a produção e o atendimento de necessidades sociais depende da produção simultânea de trabalhadores com interesses e necessidades.”* (Campos, 2000, p.127)

Aqui se esta tomando esta questão como um ponto a ser ressaltado, por se creditar na ação do trabalhador de saúde, parte da solução para

os problemas enfrentados pelas organizações e estabelecimentos de saúde na busca da construção de um modo mais humano, acolhedor e efetivo de se produzir cuidados de saúde.

É neste cenário, portanto, que múltiplos aspectos se fazem presentes ao se articular a questão dos trabalhadores de saúde ao objetivo do trabalho em saúde que se volta ao cuidar em suas distintas dimensões.

Processo de cuidar que pode significar, num primeiro momento, o envolvimento cuidadoso, zeloso, responsável de quem cuida em relação a quem necessita de ser cuidado.

“Cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. Cuidar, mais que um ato isolado, é uma atitude constante de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento de ternura com o semelhante” (Pessini, 2000, p.236). Ainda, confiança mútua e necessária por quem cuida e por quem é cuidado. Confiança que significa estabelecer relações singulares, entre o cuidador e quem está sendo cuidado, e que se traduz no estabelecimento de espaços intercessores, que serão diferentes a cada encontro (Merhy, 1997).

Cuidado ainda como uma tomada de *atitude* de quem cuida, que demonstre atenção, respeito, solidariedade, não como palavras, mas efetivamente como atitudes¹⁵.

Enfim, o ato cuidador que se estabelece na relação do usuário/trabalhador de saúde, será singular e marcado pela existência de contrastes. Contrastes é o que não falta na sociedade contemporânea, vivemos situações diárias, cheias de contradições, de dificuldades, de processos de exclusão, de extrema desigualdade no produzir, consumir, no viver das pessoas. Em muitos momentos, acaba por acontecer a banalização da dor e do sofrimento das pessoas, nas mais diversas situações da vida cotidiana, e ao mesmo tempo, o compromisso e certa idolatria à tecnologia cada vez mais avançada. (Merhy, 1998; Sá, 2001)

Na área da saúde, a situação não é diferente, onde se vê todos os dias a divulgação dos avanços científicos, com a promessa, nem sempre cumprida, de reduzir ou solucionar os problemas de saúde das pessoas e das comunidades. Há ainda uma permanente promessa de que as tecnologias sejam incorporadas nos serviços de saúde.

¹⁵ Atitude como modo de proceder, modo que envolve valores e princípios.

Este quadro constitui-se em um grande paradoxo, uma vez que, ao lado do incremento da tecnologia, teoricamente, disponível para uso da sociedade, há um quadro de grande iniquidade no acesso e no consumo de aspectos básicos e essenciais necessários à saúde e não apenas o oferecimento de serviços médicos.

Ao lado dessa situação, parece que *“do ponto de vista do usuário [...] em geral, este não reclama da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e de seu problema”*. (Merhy, 1998, p.105)

Quantas e quantas vezes não se vê os usuários buscando, de um serviço de saúde para outro, a satisfação de uma necessidade que em sua avaliação precisa ser atendida. Certamente tal situação aponta para um distanciamento do caráter humano da relação entre os homens, daqueles que portam algum tipo de necessidade que precisa ser satisfeita e daqueles (trabalhadores de saúde) que podem através de suas habilidades e conhecimentos específicos, possibilitar a satisfação destas necessidades. (Mishima et al., 1998)¹⁶

Estes aspectos são sem dúvida importantes para que se possa problematizar modos alternativos de se trabalhar na saúde, para possibilitar universalidade no acesso aos serviços com qualidade a todos os cidadãos, bem como estabelecer outros parâmetros para se considerar a questão dos agentes do trabalho em saúde que levem em conta a subjetividade presente nos processos de produção.

Assim, uma questão a ser considerada diz respeito a considerarmos o trabalhador de saúde um homem que expressa no desenvolvimento de seu trabalho, não só as questões objetivas inerentes a este, ou seja, o quê fazer, por quê fazer, como fazer, lidando com a dimensão técnica de seu trabalho. Além disso, imprime seus modos específicos de compreender e realizar seus projetos, coloca em movimento seu jeito particular de enxergar a vida, seus desejos, suas vontades, seus valores, seus medos, aflições, dores da alma, em suma, a subjetividade presente em todos seus momentos da vida cotidiana, que o fazem uma pessoa/um ser humano singular.

Estes aspectos são tomados como presentes e inerentes ao trabalho que se desenvolve na saúde? Esta é uma questão importante a ser

¹⁶ MISHIMA, S.M. et al. Reflexões acerca da gerência do cuidado de enfermagem na rede básica de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., 1998, Salvador. **Anais**. Salvador, 1998, p.179-186.

refletida e pensada, pois significa reconhecer que não se trabalha com máquinas, com instrumentos duros, vazios de desejos, receios, potencialidades e limitações, e neste sentido, não se pode tomar o desenvolvimento do trabalho, principalmente o trabalho em saúde, como algo previsível e harmônico, ao contrário, é um trabalho repleto de paradoxos e de imprevisibilidades, de paradoxos, de conflitos, de brigas, enfim ... que se faz com ira/amor/dinheiro.

Paradoxos, pois se trabalha com vida e morte, com dor e prazer, contradições que se expressam também nos agentes que executam as ações para lidar com a complexidade que é o processo saúde-doença.

Outro aspecto implica em reconhecer os trabalhadores de saúde em função de suas habilidades e de suas necessidades, pessoas que mantêm relações de troca e de convivência com os usuários, onde as expressões da subjetividade de ambos os lados se fazem presentes.

Um cuida - o trabalhador de saúde - e um outro é cuidado - o usuário/paciente. Há certamente uma relação de mão dupla que se desenvolve entre trabalhador e usuário. Estas relações de troca desenvolvem-se em um espaço de encontro e de intervenção, espaço intercessor¹⁷, onde o trabalhador e o usuário expressam suas necessidades de busca de liberdade e de reconhecimento em seus papéis. Tanto o usuário como o trabalhador, buscam, ainda, a liberdade no sentido de manter sua autonomia no modo de agir, de poder decidir coisas, exercendo seu "*autogoverno*"¹⁸. É um espaço onde estão presentes conflitos e contradições, de forma explícita e implícita, e que expressam nossas opções ético-morais no transcorrer do trabalho e da vida.

Um sem número de exemplos em que a liberdade e a possibilidade de expressão de autonomia se fazem presentes mais na forma de desencontros que encontros, poderiam ser trazidos. O trabalhador de saúde expressa sua "*orientação*" de forma tal que pensa ser a mais correta e adequada, e nem sempre se coloca na posição de "*ouvir*" as questões trazidas pelo usuário que poderiam levá-lo a procurar uma orientação mais adequada. Do seu lado, o usuário pode decidir "*não cumprir*" a orientação, em função da compreensão dos limites das possibilidades de sua vida, mas principalmente porque a

¹⁷ Espaço intercessor é um termo utilizado por Merhy (1997) a partir dos estudos de Deleuze. É o espaço de relação que se estabelece entre sujeitos, onde se desenvolvem trocas e intervenções, e que sempre se conforma como único e inusitado.

¹⁸ Autogoverno enquanto uma dada autonomia que todos nós, trabalhadores de saúde, exercemos em nosso trabalho cotidiano. (Merhy, 1997)

relação de atendimento não se abriu para o encontro de duas pessoas, humanas, vivas, com sofrimentos e aflições. Além disso, muitas vezes diz-se uma coisa querendo dizer outra, dadas as circunstâncias do contexto, do imaginário, da história de vida de cada um. Pode-se assim se fazer um não encontro, um não se ouvir, não se encontrar.

No estabelecimento destas relações se lida com a liberdade. Liberdade indica um estado do indivíduo, é um valor presente na existência do homem, dono de seu destino e se esbarra no limite da liberdade do outro. O direito à liberdade remete à questão da igualdade entre estes homens, que serão sempre diferentes, legalmente com os mesmos direitos, portanto, igualdade remete a uma relação entre indivíduos (Bobbio, 1997). Nesta direção, parece que o grande desafio que se tem vivido é efetivar o conceito de cidadania em todos os âmbitos da vida e do direito à saúde, de forma a se conquistar a liberdade para se poder decidir como agir nas relações que se constroem - trabalhadores e usuários na produção das ações de saúde.

Um terceiro aspecto a ser considerado, especialmente na área da saúde, que lida com dores e sofrimentos, é pensar a possibilidade de se articular a sobrevivência à construção de um projeto de trabalho mais prazeroso.

Na atual conformação do trabalho, toda a possibilidade de trabalhar com mais liberdade, com prazer, buscando realização pessoal, estaria descartada. Na sociedade contemporânea, troca-se liberdade e prazer/satisfação pessoal por dinheiro, em muitos casos por muito pouco dinheiro, sem dúvida necessários a sobrevivência de cada um de nós. Como construir relações mais afetivas e prazerosas com o trabalho, apesar das dificuldades presentes no cotidiano e do peso do trabalho? Como isto poderia se dar?

A participação dos trabalhadores nos processos decisórios dentro das organizações /serviços de saúde poderia permitir mudanças no sentido de se trazer para o trabalho em saúde, mais interesse, mais satisfação, possibilitando a construção de projetos que tenham a marca dos trabalhadores e não os conduza a uma ação mecânica e automática (Campos, 2000).

Esta posição remete a considerar que o trabalhador em saúde detém sempre autonomia, um certo grau de liberdade para tomar decisões. Gente que porta, que desenvolve projetos que nem sempre são comuns a todos os trabalhadores. Pode-se ter como projeto de trabalho apenas o cumprimento do horário, ou o desenvolvimento estrito das tarefas que são exigidas, e as

ações desenvolvidas se darem nesta direção. Mas, pode-se ter como projeto de trabalho a produção do cuidado, buscando formas diferentes de manter uma relação de proximidade e atenção com o usuário, o que implica em um repensar constante do trabalhador sobre suas tarefas, sobre o encaminhamento que está dando ao trabalho e seus próprios projetos.

Neste sentido, aqui é importante se pensar sobre as relações estabelecidas entre diferentes sujeitos - trabalhadores de diferentes formações atuando a partir de diferentes saberes, exercendo diferentes formas de autonomia e os usuários que necessitam de algum tipo de cuidar, que expressam de diferentes formas suas necessidades de atenção.

As relações estabelecidas no interior deste processo, em função em parte da divisão técnica e social do trabalho, implicam em atividades que são desenvolvidas por diferentes agentes. Agentes estes que detêm parcelas distintas de conhecimento, de poder e de autonomia.

Pensar sobre estas relações, aqui também é fundamental, pois o trabalho em saúde é cooperativo, ou seja, o seu desenvolvimento não se dá de forma isolada, há sempre uma articulação do trabalho do conjunto dos trabalhadores, do médico, do enfermeiro, do psicólogo, do auxiliar, do terapeuta ocupacional e outros. A pergunta que se faz presente e necessária é se há instrumentos que possam estimular a discussão e permitir a reflexão acerca da disponibilidade por parte dos agentes do trabalho de se fazer uma revisão da rede de relações de poder que se tecem no trabalho em saúde, de modo que o conjunto de trabalhadores possa construir projetos mais articulados, e que atendam as necessidades dos usuários. (Testa, 1995)

Outro aspecto que necessita ser pensado é que nas relações que os trabalhadores estabelecem diuturnamente, estes se comunicam para superar problemas e, neste sentido, são capazes de reconhecer problemas, analisar suas distintas conformações, assumir os conflitos presentes no dia a dia do trabalho, e de forma imperiosa buscar formas de reinventar / recriar as alternativas de trabalho.

Parece uma tarefa fácil, mas certamente implica em reconhecer que o objeto de trabalho na saúde é complexo, ultrapassando o enfoque estritamente biológico e necessita, portanto, de vários olhares, vários conhecimentos, e formas de intervenção que possam viabilizar a produção de cuidados a partir da ampliação do conceito de saúde e doença.

É uma tarefa que faz com que algumas interrogações estejam presentes: O que significa defrontar-se com as contradições e conflitos no pensar / sentir / agir das pessoas na saúde? Como trabalhar com mais flexibilidade? Como ampliar as possibilidades de maior comunicação e construir relações mais horizontais entre os trabalhadores, levando em conta suas diferenças?

Portanto, com estas afirmações e reflexões, enfocar a questão da subjetividade no trabalho, implica em que todos que atuam na saúde, possam se reconhecer como produtores de fatos / projetos que podem alterar a forma de fazer / trabalhar na saúde, estabelecendo um espaço de relações no processo de trabalho em que aparecerão conflitos, competição, cooperação, espaço este que necessita ser transformado num fórum de explicitação, discussão e lida das diferenças, dos interesses e projetos.

Em outras palavras, é fundamental trazer para o âmbito do trabalho em saúde a ampliação das estratégias de envolvimento dos trabalhadores neste processo, estabelecendo uma agenda de discussão diferenciada, contemplando temas como: a motivação e prazer pelo trabalho, o entendimento do processo de cuidar como uma possibilidade de ampliação de direitos dos usuários, a participação dos trabalhadores nos processos decisórios, o exercício da autonomia dentro de uma perspectiva de revisão das relações de poder e da liberdade, a construção e concretização do princípio da responsabilidade técnico-científica, social e ética sustentada pela solidariedade, a consideração do outro como parceiro, com a possibilidade de compartilhar e de buscar a diminuição das desigualdades.

Este conjunto de questões se faz presente, sendo inegável um repensar, como já trazido anteriormente, dos aspectos macropolíticos e micropolíticos que determinam o trabalho em saúde, mas ao lado destes aspectos, é fundamental que se leve em conta *“os limites de ordem teórico-técnica, como a insuficiência dos conhecimentos acumulados sobre planejamento e gestão em saúde para dar conta das múltiplas dimensões e contradições determinantes da atual situação dos serviços de saúde”* (Sá, 2001, p. 152)

Este quadro nos¹⁹ põe em situação de refletir sobre o estabelecimento de uma agenda de discussão sobre a temática da gerência de serviços de saúde

¹⁹ A todos nós que militamos nos serviços de saúde, desenvolvendo ações de assistência, de ensino e de pesquisa, e neste sentido o tempo verbal foi propositadamente mudado para o plural.

“[...] como área estratégica para o desenvolvimento dos serviços de saúde, visando assegurar a operação da unidade de saúde com enfoque na melhoria da qualidade da assistência e de busca de alternativas para resolução dos problemas de saúde da população, assim como discutir a gerência como uma ferramenta do processo de trabalho em saúde, que pode possibilitar transformações no processo de tomada de decisões no nível local, com maior engajamento do trabalhador de saúde e da população no projeto assistencial a ser desenvolvido pelos serviços de saúde.” (Bertussi & Mishima, 2003; p.3)

Convém assinalar, que já em 1992, quando foi proposta a realização da IX Conferência Nacional de Saúde - *Descentralizando e democratizando o conhecimento* - realizada em Brasília, teve-se como aspectos abordados em seu temário: Sociedade, governo e saúde; Seguridade social; Implantação do Sistema Único de Saúde e Controle Social; centrando as discussões na avaliação, dificuldades e entraves vivenciados com a implantação do SUS, mas também na busca de caminhos para sua construção.

Um dos temas *Implantação do Sistema Único de Saúde*, além das questões relativas à descentralização dos serviços, do financiamento e dos recursos humanos, focou o gerenciamento dos serviços de saúde, sendo apontado nos termos de referência pontos relevantes: as consequências da descentralização, a relação entre Estado, União e município levando ao questionamento do efetivo papel do município como gestor dos serviços, a caracterização da gerência e suas características na gestão pública, a eficácia dos serviços públicos de saúde e a gerência dos recursos humanos, o papel da gerência local de saúde e a qualidade dos serviços, dentre outros aspectos relacionando a prática gerencial e a autonomia para sua ação.

Ainda, Mishima (1995, p.317) ao estudar o processo de constituição da gerência local no município de Ribeirão Preto, identificou que o gerente local se vê como *“executor das políticas traçadas pela SMS-RP, é quem pode viabilizar no nível operacional do sistema, as diretrizes políticas traçadas em um nível mais central”*, contudo, no contexto da pesquisa, foi identificado que seu cotidiano o expunha a uma tarefa eminentemente burocrática, no sentido estrito de manipular papéis, *“num trabalho rotinizado, pré-determinado, com poucas chances de criação, onde intensa padronização e alta dose de inflexibilidade frente às normas colocadas.”*

Apesar de estar assim configurado o trabalho da gerência local nos serviços de atenção básica para o município de Ribeirão Preto, foi apontada a existência de brechas/potências neste fazer, uma vez que ao gerente cabia (e cabe) um importante papel de articulação, e de condutor de processos de produção do cuidado no interior do trabalho em saúde, de ser um sujeito que tinha a possibilidade de aproximar o conjunto dos trabalhadores do projeto assistencial que se tinha em movimento.

O estudo de Fortuna (1999) analisando as potencialidades do trabalho em equipe em unidades locais de saúde no mesmo município, reitera esta questão, ao identificar a potência da gerência em constituir-se um desencadeador de processos de revisão no trabalho em saúde, favorecendo a reelaboração da conformação das equipes no sentido de um maior compartilhar de poder e do estabelecimento de espaços de integração e articulação para a viabilização do trabalho nos serviços locais de saúde.

A estas questões soma-se, no momento atual de (re)organização dos serviços de saúde, a necessidade de se estabelecer instrumentos adequados ao contexto do processo de trabalho no Programa de Saúde da Família - PSF, de acordo com suas premissas gerais, levando-se em conta não apenas a assistência individual, mas incluindo as ações de promoção e manutenção da saúde, com o desenvolvimento destas em diferentes cenários assistenciais: unidades de saúde, domicílio, equipamentos sociais, comunidade. (Brasil, 1998).

O documento inicial do Ministério da Saúde (Brasil, 1998) ao trazer a questão da equipe multidisciplinar, como central para o desenvolvimento da Saúde da Família, apresenta um rol de atribuições para cada um dos trabalhadores de saúde da equipe, necessário certamente para a delimitação das funções, mas não suficiente para se possibilitar a articulação do trabalho na direção dos princípios colocados para o projeto do PSF. Em publicação mais recente do Ministério da Saúde (Brasil, 2001, p.76) é apontada como atribuição do enfermeiro *“planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF”*, o que traz à discussão os aspectos gerenciais da equipe e da USF, mas que não pode ficar restrita às atividades administrativas burocráticas, principalmente quando se tem como norte a Saúde da Família como estratégia para mudança de modelo assistencial. Definir a priori um trabalhador específico para o desempenho da atividade gerencial, como se o mesmo (a categoria profissional genericamente) detivesse a identificação e compreensão do projeto assistencial, parece não levar em conta as dimensões que a atividade gerencial apresenta, estabelecendo como função básica apenas o controle do trabalho.

Ainda, é importante que se reitere que a "equipe" colocada pelo Ministério da Saúde, apresenta uma "recomposição" do trabalho coletivo no nível discursivo, pois no dia a dia dos serviços não basta a definição de um perfil de atividades a serem desenvolvidas para se garantir tal recomposição do trabalho individual e autônomo dos trabalhadores na direção da construção prática do trabalho em equipe.

A gerência, neste sentido, pode ser um instrumento com potência para desencadear no conjunto dos trabalhadores um processo de reflexão e revisão de sua prática que encaminhe para a adesão e comprometimento a um processo de produção de cuidados à saúde e não de cumprimento de tarefas fragmentadas centradas no desenvolvimento de procedimentos isolados. Parece que este (re)pensar do trabalho em saúde, aí tomando o trabalho na Saúde da Família se impõe na direção assinalada por Campos (1992) quando afirma que não será possível efetivar mudanças significativas no sistema de saúde caso não haja uma participação de todos os profissionais de saúde para a (re)organização dos serviços. O autor ainda, enfatiza a importância do papel dos sujeitos sociais nesta direção e coloca que

*"mais do que nunca há necessidade de nos metermos em uma empreitada filosófica, teórica e **prática** (grifo nosso), que procurasse responder a esses desafios de forma inovadora. Como recuperar a vontade dos indivíduos, grupos e coletividades, de maneira a compor-se uma massa crítica apta a construir projetos novos."* (Campos, 1994, p.29)

Estas considerações são pertinentes para analisarmos e nos aproximarmos da construção de propostas de intervenções quanto ao trabalho gerencial nos serviços de atenção primária à saúde, em específico do trabalho no PSF. Este conjunto de questões encontra-se articulado à reflexão acerca do trabalho gerencial em atenção primária enquanto parte constitutiva da organização dos serviços de saúde, dentro de uma perspectiva de (re)constituição das práticas de atenção à saúde, de forma a possibilitar a consolidação de um corpo de conhecimentos necessário ao desenvolvimento da prática gerencial e da de saúde na direção de uma integração de saberes e ações.

Assim, tem-se para o desenvolvimento desta investigação o pressuposto que o exercício da gerência pode se constituir enquanto uma potente ferramenta de ação para a construção de subjetividades singulares no processo de trabalho em saúde, ou seja, tem a potência de recriar o trabalho pela ação específica dos trabalhadores de saúde na

direção de uma ação que se volte para a defesa do usuário que busca a atenção à saúde junto às equipes de Saúde da Família.

1.3. Localizando a Saúde da Família – possibilidades e limites de uma estratégia de política pública

O Programa de Saúde da Família - PSF, estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para reestruturação da atenção à saúde na perspectiva ético-político e técnica do Sistema Único de Saúde - SUS, vem sendo implementado em todo país, com a finalidade de buscar viabilizar mudanças na lógica do atual modelo assistencial de caráter biomédico, curativo, individualizante, fragmentador de ações.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, implantado em 1991 pelo Ministério da Saúde, é considerado o antecessor do PSF por alguns de seus elementos em comum: *“o enfoque na família e não no indivíduo e o agir preventivo sobre a demanda, constituindo-se um instrumento de organização da mesma.”* (Brasil, 2002c, p.3)

Em 1994, ainda na gestão do então Ministro da Saúde, Henrique Santillo, o governo federal, através do Ministério da Saúde lança o Programa (Vasconcellos, 1998), sendo que no documento oficial desta época, já se colocava o PSF como fazendo parte de *“uma estratégia desenvolvida para promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde, que dá mais atenção à cura do que à prevenção das doenças.”* (Brasil, 1994, p.1)

Segundo o documento preliminar sobre o PSF, esperava-se que no primeiro ano de funcionamento (1994) o Programa fosse implantado nos 26 estados da federação e no Distrito Federal, sendo que 2.500 equipes de trabalho deveriam ser instaladas para o atendimento de 2,5 milhões de famílias, sendo as áreas escolhidas prioritariamente para o início do Programa aquelas *“delimitadas no Mapa da Fome do IPEA, de acordo com as características geográficas e a distribuição da população de cada município.”* (Brasil, 1994, p.12)

Vasconcellos (1998, p.156) afirma que os documentos oficiais sobre o PSF indicavam seu propósito de colaborar na organização do Sistema Único de Saúde e no processo de municipalização, com o atendimento prioritário aos brasileiros *“expostos a maior risco de adoecer e morrer e na sua maioria sem acesso permanente aos serviços de saúde.”*

É claramente explicitada a intencionalidade colocada para PSF, de se voltar ao atendimento das populações mais carentes e excluídas do sistema de saúde. Neste sentido, uma das críticas colocadas ao Programa foi seu quanto ao seu caráter focalizador. (Mendes, 1995; Franco & Merhy, 1999)

A conformação da Saúde da Família pelo país afora, mobilizada pela possibilidade do incremento financeiro ao município que se comprometesse com sua implantação vai determinando de certa forma a perspectiva de se colocar gradativamente a Saúde da Família como uma política pública para a reestruturação da atenção básica.

“Em março de 1996 (gestão Adib Jatene), por meio de documento preliminar, sobre o PSF, aparece certo cuidado com a imagem pública do programa: ‘não se constituindo, portanto, em um modelo simplificado, de pobre para pobre, o PSF também não recorta a população em fatias (mulher e criança), nem a atenção em níveis (primário). Integralidade significa também articulação, integração e planejamento unificado de atuação intersetorial. Estas idéias subsidiam o modelo do PSF.” (Vasconcellos, 1998, p.156)

O ano de 1998 parece ter se constituído um marco no processo de consolidação do Programa, ao Ministério da Saúde colocá-lo como estratégia estruturante para a organização do sistema de saúde. Sendo definido que

“Para que o Sistema Único de Saúde funcionasse, o Ministério considerava que era necessário sua estruturação numa base municipal sólida e que o mecanismo para isso era a estratégia do PSF organizando a atenção básica. As ações precisavam de fortalecimento para atingir, com qualidade e sustentabilidade, a meta de 150 mil agentes comunitários de saúde e 20 mil equipes do Saúde da Família em atuação no país, até o fim de 2002.” (Brasil, 2002c, p.6)

Assim, na Saúde da Família elege-se como “ponto central, o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população” (Brasil, 1998), tomando para tanto, a família como seu objeto precípua de atenção, uma vez que se considera que, é no espaço familiar, que se constroem relações intra e extra-familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida.

Uma das questões centrais apontadas no Programa é a constituição de uma equipe multiprofissional que possa articular um conjunto de

saberes, caracterizado pela interdisciplinaridade, de modo a dar a sustentação à prática de saúde. Este trabalho multiprofissional teria por referência a recomposição de diferentes processos de trabalho considerando, dentre outras questões, a preservação das diferenças técnicas entre os trabalhos especializados e a interdependência entre os mesmos “no exercício da autonomia técnica, dada a necessidade de autonomia profissional para a qualidade da intervenção técnica em saúde” (Peduzzi, 2000, p. 6). Deve-se considerar que a constituição da equipe multiprofissional, certamente, passa por transformações nos processos micropolíticos do processo de trabalho em saúde (Franco & Merhy, 1999).

Um conjunto de aspectos se faz, sem dúvida, presente tanto para a constituição da equipe multiprofissional na Saúde da Família, como para a viabilização do Programa nos mais distintos espaços do país. Um dos pontos tratados na *Avaliação da implementação do PSF em dez grandes centros urbanos* (Brasil, 2002a) é acerca das dificuldades de implementação do PSF em grandes centros, uma vez que as dificuldades apresentadas pelos municípios de pequeno e médio porte, são potencializadas nas grandes cidades e metrópoles.

“[...] considerando-se a existência de altos índices de exclusão do acesso aos serviços de saúde, agravos de saúde característicos dos grandes centros, oferta consolidada de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída, predominância de modalidade tradicional de atendimento à demanda e de programas verticalizados sem estabelecimento de vínculos com a comunidade do entorno.” (Brasil, 2002a, p.19)

As recomendações da pesquisa de *Avaliação da implementação do PSF* (Brasil, 2002a) mesmo não trazendo explicitamente a necessidade de se estabelecer um processo de coordenação do processo de trabalho na Saúde da Família, olhando para sua finalidade, a adequação dos instrumentos de trabalho à forma de organização deste processo para a intervenção nos problemas apresentados pela clientela, deixa implícita esta necessidade, ao apontar um conjunto de recomendações que levam em conta a mobilização de instrumentos, saberes e trabalhadores para a efetivação da Saúde da Família, chamando a atenção para o fato de que a implementação do PSF em grandes centros urbanos

“tem potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial à saúde que efetivem o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos. [...] entretanto, nenhum guia ou regulamentação deve inibir a criatividade local, nem desconsiderar a diversidade existente em nosso país que é ao

mesmo tempo nossa maior riqueza e nosso maior desafio” (Brasil, 2002a, p.217)

Desta forma, há necessidade de se dirigir atenção ao desenvolvimento de investigações voltadas à análise de possibilidades de intervenção na prática de saúde em atenção primária, e em específico no que diz respeito à estratégia da Saúde da Família frente a este processo de transformação, onde se coloca de forma bastante efetiva a necessidade de se estabelecer alternativas de atenção à saúde que tomem como foco a família e que possam contribuir para contemplar de modo amplo e efetivo as demandas de saúde da população, assim como dos instrumentos necessários para viabilizar tal intento.

Assim, olhar para a forma como os trabalhadores que atuam na Saúde da Família têm tomado seu trabalho, as ferramentas que utilizam para processar a assistência e como compreendem os processos de gerência destas equipes apontando possibilidades e limites que esta ferramenta assume na direção de transformações no processo de trabalho nas unidades de Saúde da Família – PSF no município de Ribeirão Preto, se constituiu o objetivo desta investigação.

CONSTRUINDO O PROCESSO DE PESQUISA

.....

II. Construindo o processo de pesquisa

“[...] nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática. Isto quer dizer que a escolha de um tema não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo. Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos.” (Minayo, 1998, p.90)

A natureza das questões apontadas na construção do objeto de estudo e do quadro teórico sustentado pelos conceitos do Movimento Institucionalista, de processo de trabalho, trabalho em saúde, organização do trabalho, relações sociais entre os trabalhadores de Saúde da Família, e os instrumentos de trabalho que podem levar a sua organização, desenvolvimento e atuação em direção ao estabelecimento de um modelo de atenção voltado à valorização do humano, implicam em localizar esta investigação dentro da abordagem qualitativa.

Esta abordagem se apresenta como uma alternativa possível para captar o objeto de estudo, ou seja, em um dado momento sócio-histórico, apreender em qual perspectiva vem se conformando a gerência de serviços locais de saúde quando tomada a estratégia de Saúde da Família no desenvolvimento do trabalho em saúde, assim como os limites e possibilidades para a construção deste trabalho.

Ao se tomar desta maneira a gerência, ou seja, enquanto um instrumento presente no trabalho em saúde que pode desencadear transformações no processo de trabalho em curso nas equipes de saúde da família estou considerando este objeto marcado pelo processo de inter-relação entre os trabalhadores, enquanto resultado e resultante da construção permanente das subjetividades aí envolvidas, dos micropoderes que permeiam este processo, da organização do trabalho e da inserção da gerência nesse contexto. Trata-se de um emaranhado de aspectos em permanente construção, e portanto, em processo, sendo de natureza não quantificável, uma vez que se apresenta de diferentes formas em distintas organizações, contextos, momentos.

Levando em conta estes aspectos, é importante ressaltar que aqui estou tomando o processo de pesquisar como em construção onde a delimitação do objeto de pesquisa, não se dá de forma estanque e separada do sujeito, pesquisador e pesquisado, pois, considera-os em permanente e dinâmica relação, indo em contraposição à pretensa neutralidade científica (Haguet, 1992; Chizzotti, 1995; Minayo, 1998). Dito de outra forma, o objeto em estudo também não é neutro e imutável, pois se cria e se recria na relação onde sujeitos em seus fazeres os vão produzindo e reproduzindo (Chizzotti, 1995).

Estas são sem dúvida questões importantes que podem justificar a escolha pela abordagem qualitativa, sendo compreendida como aquela que se preocupa com aspectos da realidade, que não apenas os de caráter quantitativo, trabalhando, portanto com um universo de *“significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.”* (Minayo, 1994, p.21-22)

Neste sentido, buscar um diálogo entre objetividade e subjetividade presentes nos processos de relação das pessoas, quer aquelas que serão cuidadas, como aquelas que cuidam e aquelas que organizam o processo de cuidar, implica em desenhos de investigação que possam captar estas interrelações.

2.1. O campo do estudo – conhecendo Ribeirão Preto

O município de Ribeirão Preto situa-se na região nordeste do estado de São Paulo e faz parte dos 25 municípios que compõem a Divisão Regional de Saúde XVIII – DIR XVIII, sendo o município mais populoso deste conjunto. A população recenseada no censo de 2000, segundo os dados preliminares do IBGE²⁰, é de 504923 habitantes sendo que 99,57% residem na zona urbana. É um centro regional de comércio e serviços, com destaque para a área educacional e de serviços médicos hospitalares. Os serviços de saúde se compõem de uma ampla rede, sendo de natureza pública – estadual e municipal e privada – lucrativa e filantrópica.

O município encontra-se em gestão plena do sistema de saúde²¹. Atualmente, encontra-se sob responsabilidade estadual apenas o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP e o Hospital

²⁰ <http://www.ibge.gov.br>, acesso em: 22/04/2003

²¹ De acordo com a NOB1/96 e regulamentações posteriores. (Portaria nº 1882, de Dezembro de 1997)

Psiquiátrico de Ribeirão Preto. Já o serviço de saúde municipal dispõe de 27 Unidades Básicas de Saúde, 5 Unidades Básicas e Distritais, 1 Ambulatório Regional de Especialidades, 1 Ambulatório de Especialidades Pediátricas, 1 Ambulatório Regional de Saúde Mental e 2 Núcleos de Assistência Psico-social, uma unidade de Atenção Primária - Casa da Saúde²². A rede municipal conta ainda com 14 equipes de Saúde da Família.

Em outubro de 2000, o município é qualificado para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família, tendo habilitadas inicialmente 5 equipes ligadas à Universidade de São Paulo através de convênio entre Universidade de São Paulo, governo do Estado e Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Desta forma, em 2001 foram implantados 5 Núcleos de Saúde da Família ligados à Universidade, e a partir de 2002 foram somados a esta rede pública de serviços de saúde outras equipes de Saúde da Família, tendo-se em 2003, portanto, um total de 14 equipes (5 ligadas à Universidade e 9 de responsabilidade exclusiva do município).

A rede privada conta com 9 hospitais²³ e inúmeros serviços de caráter ambulatorial, o que faz do município um importante centro médico regional.

No Quadro 1 são apresentadas as unidades de saúde da rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto para o ano de 2003.

²² <http://www.coderp.com.br/ssauade>, acesso em: 22/04/2003

²³ <http://www.coderp.com.br/ssauade> acesso em: 22/04/2003

Quadro I: Distribuição das unidades de Saúde da rede básica de atenção à saúde do município de Ribeirão Preto, segundo área distrital e horário de funcionamento. Ribeirão Preto, 2003

Distrito de Saúde	Unidades	Horário de funcionamento
Distrito Central	UBDS Central	24
	UBS Campos Elíseos	7 - 22
	PAM - Setor Pediatria-especialidades	7 - 19
	CSE- Vila Tibério	7 -17
	UBS - Vila Tibério	7 - 22
	Núcleo de Saúde da Família 2	7 - 17
Distrito Norte - Simioni	UBDS Simioni	24
	UBS Quintino I	7 - 17
	UBS Quintino II	7 - 17
	UBS Valentina Figueiredo	7 - 17
	UBS Marincek	7 -22
	UBS Vila Mariana	7 - 17
	UBS Jardim Aeroporto	7 - 17
	USF Jardim Heitor Rigon	7 - 17
Distrito Sul - Vila Virgínia	UBDS Vila Virgínia	24
	UBS Adão do Carmo	7 - 17
	UBS Parque Ribeirão	7 - 22
	UBS Jardim Maria das Graças	7 - 17
Distrito Oeste - Sumarezinho	Centro de Saúde Escola Joel Domingos Machado	24
	UBS Presidente Dutra	7 - 17
	UBS Vila Albertina	7 - 17
	UBS Vila Recreio	7 - 22
	UBS José Sampaio	7 - 22
	UBS Dom Mieli	7 - 17
	UBS Maria Casagrande	7 - 17
	UBS Ipiranga	7 - 17
	CSE - Ipiranga	7 - 17
	CMSC - Vila Lobato	7 - 17
	Núcleo de Saúde da Família 1	7 - 17
	Núcleo de Saúde da Família 3	7 - 17
	Núcleo de Saúde da Família 4	7 - 17
	Núcleo de Saúde da Família 5	7 - 17
Distrito Leste - Castelo Branco	UBDS Castelo Branco	24
	UBS - Jardim Zara	7 - 17
	UBS Vila Abranches	7 - 22
	UBS Juliana	7 - 17
	UBS São José	7 - 17
	UBS Santa Cruz	7 - 17
	UBS Bonfim Paulista	7 - 22
Saúde Mental	NAPS I	7 - 17
	NAPS II - Fármaco-dependentes	7 - 21
	Ambulatório Regional de Saúde Mental	7 - 18
Ambulatório Regional de Especialidades	NGA - 59	7 - 17
	PAM II - Ambulatório de Especialidades Pediátricas	7 - 17
Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente	PRODAF, Estimulação Precoce e Fisioterapia	7 - 17

Fonte: <http://www.coderp.com.br/saude>, acesso em: 22/04/2003

O cenário da presente investigação se constituiu das unidades de saúde que dispunham de equipes de Saúde da Família, sendo que no Quadro II são apresentadas as equipes de Saúde da Família existentes no município.

Quadro II: Distribuição das unidades/equipes de Saúde da Família na rede básica de atenção à saúde do município de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2003.

Unidade de Saúde	Equipes existentes	Sede própria*
1. Núcleo de Saúde da Família 1	1 equipe	Sim
2. Núcleo de Saúde da Família 2	1 equipe	Não
3. Núcleo de Saúde da Família 3	1 equipe	Sim
4. Núcleo de Saúde da Família 4	1 equipe	Sim
5. Núcleo de Saúde da Família 5.	1 equipe	Sim
6. UBS Dom Miele	2 equipes	Não
7. UBS Maria Casagrande	2 equipes	Não
8. USF Jardim Heitor Rigon	2 equipes	Sim
9. UBS Vila Recreio	1 equipe	Não
10. UBS Marincek	1 equipe	Não
11. UBS Presidente Dutra	1 equipe	Não
TOTAL	14 equipes	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Outubro de 2002.

* Considera-se sede própria, o espaço específico da equipe de Saúde da Família fora de uma Unidade Básica de Saúde

Para definir quais as unidades de saúde que dispõem de equipes de Saúde da Família comporiam o estudo considerou-se aquelas equipes que mais se aproximavam do perfil estabelecido pelo Ministério da Saúde, em termos de composição das equipes (Brasil, 1998) e que dispusessem de espaço físico próprio para o desenvolvimento das ações de saúde.

Assim, numa primeira seleção foram identificadas cinco (5) unidades que poderiam compor o cenário da investigação: quatro Núcleos de Saúde da Família vinculados à Universidade (um deles excluído, pois divide o espaço físico com uma unidade de saúde) e uma unidade da rede municipal de Saúde contando com duas equipes de Saúde da Família. Dos quatro Núcleos vinculados à Universidade, 1 foi excluído por não estar com a equipe completa no momento da coleta dos dados, o segundo foi excluído por contar em sua estrutura com uma grande diversidade e volume de alunos de cursos da área da saúde, o terceiro por ter como um de seus coordenadores o pesquisador deste estudo, de modo que apenas um dos

Núcleos foi incluído. Desta forma, foram selecionados como cenário do estudo um dos Núcleos de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP e uma Unidade de Saúde da Família da SMS-RP, perfazendo 3 equipes de Saúde da Família.

2.2. A coleta de dados – a entrevista semi-estruturada e os sujeitos da pesquisa

Atendendo as recomendações estabelecidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que trata das diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto desta investigação foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - CSE/FMRP-USP²⁴, obtendo sua aprovação para a realização do estudo.

A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro a março de 2003, sendo que anterior a esta etapa da pesquisa, foi realizado estudo piloto em uma das unidades de saúde do município que contava com uma equipe de Saúde da Família. O piloto favoreceu a adequação do instrumento de coleta de dados. Cabe-me ressaltar que a coleta de dados foi realizada por um grupo²⁵ de quatro (4) pesquisadores além da pesquisadora principal deste estudo. Este grupo passou por um treinamento para ajuste no desenvolvimento da entrevista.

A entrevista é uma estratégia onde intencionalmente o pesquisador obtém informações através das falas dos atores sociais. Minayo (1998, p.169) citando Johada afirma que a entrevista é uma fonte de informação de dados relativos à *“falas, idéias, crenças, maneiras de atuar, conduta ou comportamento presente ou futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamento.”*

No desenvolvimento desta investigação a opção foi pela realização da entrevista semi-estruturada, que é aquela que a partir de certos

²⁴ O termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do CSE/FMRP-USP encontra-se em anexo (ANEXO I), assim como o Termo de Consentimento Livre e Informado utilizado para ciência e anuência dos entrevistados (ANEXO II).

²⁵ Este grupo foi composto pela Profª Drª Ione Carvalho Pinto, Profª Drª Maria José Bistafa Pereira, pelas enfermeiras e doutorandas do Programa de Enfermagem em Saúde Pública – Cinira Magali Fortuna e Silvia Matumoto. Estas três últimas, pesquisadoras do Projeto Integrado de Pesquisa “O trabalho de enfermagem em atenção primária na organização dos serviços locais de saúde”, processo CNPq nº 520347/98-6, e que conta com auxílio pesquisa da FAPESP – processo nº 02/2468-5.

questionamentos importantes para a pesquisa permite, através da construção de um roteiro básico, maior liberdade de respostas do informante, sem perder de vista o foco colocado pelo investigador.

Foram construídos dois roteiros da entrevista (ANEXO III e ANEXO IV), destinados um para médicos e enfermeiros e outro para auxiliares de enfermagem e ACSs, sendo que os roteiros foram organizados em duas partes. A primeira visou a identificação dos sujeitos da pesquisa, buscando estabelecer quem falava, e a partir de onde falava, ou seja, buscou-se a identificação de aspectos mais gerais que caracterizavam estes trabalhadores. A segunda parte versou sobre aspectos relacionados ao desenvolvimento do trabalho na Saúde da Família nos seus aspectos assistenciais e organizativos, como por exemplo: concepção acerca do PSF e de seu próprio trabalho na Saúde da Família (conteúdo, modo de realização, instrumentos/ferramentas de trabalho, finalidades), identificação das necessidades da população, recursos utilizados para o desenvolvimento do trabalho, articulação do trabalho com outros níveis de atenção, coordenação do trabalho na Saúde da Família, existência de espaços coletivos para organização do trabalho, avaliação do trabalho, dentre outros aspectos.

Assim, a realização das entrevistas se pautou pela questão central colocada para este estudo que diz respeito ao papel da gerência como instrumento capaz de propiciar transformações na organização do trabalho na direção da assistência à saúde com qualidade e atendendo aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Os entrevistados foram os trabalhadores de três equipes de Saúde da Família, localizadas em duas unidades de Saúde da Família da rede básica de Ribeirão Preto. A opção por se trabalhar com o conjunto dos trabalhadores se deu em duas direções. Primeiro pelo fato de na prática dos serviços de saúde em distintos espaços, tem sido responsabilidade do médico e do enfermeiro (principalmente) de modo formal ou informal a coordenação do trabalho da equipe do PSF, assim como cabendo muitas vezes ao enfermeiro as atividades ditas de caráter administrativo. E em segundo lugar, novos trabalhadores foram incorporados à assistência proposta pela Saúde da Família - os Agentes Comunitários de Saúde, de modo que se justifica o fato dos sujeitos da pesquisa se constituírem no conjunto dos trabalhadores, uma vez que no dia-a-dia dos serviços, alguns estarão no "comando" da equipe e outros estarão sob este

comando, ou compartilhando etapas do processo de gerência e de tomada de decisão na unidade de Saúde da Família.

A estes dados empíricos alcançados através desta estratégia foram agregados outros coletados através de fontes documentais, consultas a arquivos, fichários, portarias e normas que tratavam mais especificamente do PSF, sua implantação, atividades a serem desenvolvidas, perfil de atividades para seus trabalhadores.

2.3. O processo de análise dos dados

A partir dos dados coletados através das entrevistas complementadas com dados secundários de fontes documentais e do suporte teórico desta investigação, busquei a articulação deste conjunto de dados de modo a analisá-los abrangendo a *“máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo.”* (Triviños, 1995, p.138)

A narrativa oriunda das entrevistas com o conjunto dos trabalhadores, foi analisada segundo a *análise temática*. Minayo (1998, p.208) traz que a noção de tema se liga a uma afirmação acerca de um determinado assunto, e continua dizendo que *“O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”*.

Segundo Bardin (1995, p.105) a análise temática consiste *“em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.”*

Assim, considerando as etapas para a operacionalização da análise temática, especificadas por Bardin (1995): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação, foram definidos dois grupos temáticos: A possibilidade de construir a obra - as contradições e as brechas que se abrem com a Saúde da Família; e A coordenação do trabalho - a gerência como ferramenta para a transformação do processo de trabalho na Saúde da Família.

**APRESENTANDO OS TRABALHADORES DAS
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – os sujeitos
da pesquisa**

III. Apresentando os trabalhadores das equipes de Saúde da Família – os sujeitos da pesquisa

“Há algo nos seres humanos que não se encontra nas máquinas, surgido há milhões de anos no processo evolutivo quando emergiram os mamíferos, dentro de cuja espécie nos inscrevemos: o sentimento, a capacidade de emocionar-se, de envolver-se, de afetar e de sentir-se afetado. Um computador e um robô não têm condições de cuidar do meio ambiente, de chorar sobre as desgraças dos outros e de rejubilar-se com a alegria do amigo. Um computador não tem coração. Só nós humanos podemos sentar-nos à mesa com o amigo frustrado, colocar-lhe a mão no ombro, tomar com ele um copo de cerveja e trazer-lhe consolação e esperança. Construímos o mundo a partir de laços afetivos. Esses laços tornam as pessoas e as situações preciosas, portadoras de valor. Preocupamo-nos com elas. Tomamos tempo para dedicar-nos a elas. Sentimos responsabilidade pelo laço que cresceu entre nós e os outros. A categoria cuidado recolhe todo esse modo de ser. Mostra como funcionamos enquanto seres humanos.” (Boff, 1999, p.99)

Chamou-me atenção este trecho do livro de Leonardo Boff²⁶, *“sentimento, a capacidade de emocionar-se, de envolver-se, de afetar e de sentir-se afetado”*, nos marca como diferentes de máquinas. Como isto ressoa ao pensar nos trabalhadores que atuam na saúde, nos trabalhadores que fizeram parte desta investigação.

Nossa²⁷ lida diária nos põe em contato com a dor e sofrimento, com um bem precioso que o outro possui, mas que muitas vezes só se lembra de que é precioso ao estar prestes à perdê-lo. Envolver-se, afetar e sentir-se afetado, produzir um trabalho mais prazeroso dentro da

²⁶ BOFF, L. **Saber cuidar**. Ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

²⁷ A primeira pessoa do plural foi propositadamente utilizada, pois aqui também me incluo, uma vez que o trabalho de ensino/formação, principalmente em áreas como a da saúde, não se dá apartado da vivência cotidiana, da realidade vivida e sentida, mas se constrói e se renova nas relações que vão sendo tecidas no dia a dia da produção de fatos e acontecimentos, da produção de conhecimento, da produção de homens.

dureza e aridez do cotidiano que nos aprisiona, nos endurece; procurar pela realização de trabalho que se volte para o cuidado, para *"algo a mais"* no dia a dia sofrido das pessoas que buscam ser cuidadas e de nós trabalhadores provedores de cuidado.

Apresentar os trabalhadores que foram sujeitos desta investigação passa por estas questões, por quem são, mas também porque fizeram a opção de estar no trabalho da Saúde da Família, qual sua busca, porque foram afetados por esta proposta. Então vamos conhecê-los.

3.1. O perfil sócio-demográfico, a formação técnico-científica e a experiência anterior dos trabalhadores

Os trabalhadores que compuseram o grupo de entrevistados desta investigação pertenciam a 3 equipes de Saúde da Família, perfazendo um total de 25 trabalhadores, e destes 23²⁸ foram entrevistados, apenas duas trabalhadoras - ACS - não foram entrevistadas²⁹. No Quadro 1 é apresentada a distribuição dos trabalhadores das equipes segundo categoria profissional e sexo. Cabe-me destacar que na época da coleta de dados, uma das equipes que compunha a Unidade de Saúde da Família da SMS-RP, não dispunha de uma auxiliar de enfermagem.

²⁸ Uma das equipes conta com uma dentista que faz o acompanhamento das atividades e oferece supervisão à equipe para as questões mais diretamente ligadas à Saúde Bucal, além de ter como uma de suas atribuições o atendimento no nível secundário dos usuários da área de abrangência da equipe de Saúde da Família a qual está ligada. Embora esta trabalhadora tenha sido entrevistada, esta não consta do total de entrevistados, nem sua entrevista foi considerada no conjunto da análise do material empírico, uma vez que aqui se está tomando a equipe de trabalhadores cadastrados junto ao Ministério da Saúde, e o município ainda não conta com nenhuma equipe que formalmente tenha a Equipe de Saúde Bucal.

²⁹ Uma ACS se encontrava de férias e a outra de licença maternidade.

Quadro 1. Distribuição dos trabalhadores pertencentes às equipes de Saúde da Família segundo categoria profissional. Ribeirão Preto, 2003

EQUIPE CATEGORIA	Equipe 1**	Equipe 2**	Equipe 3**	TOTAL
Médico	1	1	1	3
Enfermeiro	1	1	1	3
Aux. Enf.	2	1	-	3
ACS	4	6	6	16
TOTAL	8	9	8	25

* Núcleo de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP

** Unidade de Saúde da Família da SMS-RP

A configuração das equipes é predominantemente feminina (92%), sendo esta situação mais evidente para os trabalhadores de nível médio (Auxiliares de enfermagem e ACS), sendo que entre os trabalhadores de nível universitário, embora haja o predomínio do sexo feminino, há presença masculina (33,3%). Este perfil se assemelha ao encontrado na pesquisa do Ministério da Saúde (Brasil, 2002a) em 10 grandes centros urbanos, onde esta situação é similar, mesmo levando-se em conta as diferenças regionais presentes na pesquisa nacional.

Quando se olha para o perfil etário dos trabalhadores entrevistados verifica-se que 56,6% destes se concentram na faixa etária entre 35 a 50 anos, apontando para uma equipe *"mais madura"*, ou seja, é um grupo de trabalhadores que já teve a oportunidade de vivenciar outras experiências de vida e de trabalho, acumulando experiências profissionais e pessoais diversas, o que pode lhes proporcionar ferramentas "diferenciadas"³⁰ para o trabalho na Saúde da Família. O grupo de trabalhadores nesta faixa etária corresponde a 66,6% dos médicos, 66,6% dos enfermeiros e 50% dos ACS.

Para o grupo de trabalhadores entrevistados na presente investigação, 21,7% estão abaixo dos 30 anos e 34,8% destes trabalhadores apresentam

³⁰ O termo *"diferenciadas"* foi utilizado entre aspas, a fim de se chamar a atenção para a possibilidade de se ter presente a utilização das diferentes tecnologias (tecnologias duras, leve-duras e leves) para o trabalho em saúde, passíveis de serem aprendidas e apreendidas na vivência cotidiana que a lida na saúde proporciona. E aqui estou tomando tecnologias como o conjunto de saberes operantes e instrumentos que no interior dos processos de produção expressam a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social. A utilização de um termo qualificador para tecnologias não expressa necessariamente um juízo de valor positivo, no sentido de que a maturidade traduz para o trabalhador uma prática mais adequada do ponto de vista técnico, da produção de cuidados, da humanização da assistência, mas pode permitir processos de transformação e não apenas de reprodução do estabelecido.

mais de 45 anos, sendo que 16,6% são trabalhadores de nível superior, 33,3% auxiliares de enfermagem e 42,8% ACS.

Este perfil diferencia-se daquele verificado na avaliação realizada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002a, p.144), onde se verificou que as equipes de Saúde da Família pesquisadas apresentam como traço característico, a distribuição dos trabalhadores predominantemente em duas grandes faixas etárias – *“até 30 anos, que reflete a juventude das equipes, e acima de 45 anos que caracteriza a ‘senhoridade’ das mesmas. Entre os ACS predomina a juventude [...]”*, sendo que em alguns dos centros urbanos, mais de 60% dos ACS tem até 30 anos de idade, o que não é identificado para as equipes entrevistadas em Ribeirão Preto, visto que 71,5% dos ACSs têm mais de 30 anos.

Com relação à escolaridade, os auxiliares de enfermagem sem exceção apresentam segundo grau, sendo que um deles não o tem completo. Já os ACS entrevistados, 50% têm o segundo grau completo, 1 (7,2%) concluiu o curso universitário e 3 (21,4%) não concluíram o primeiro grau. De modo geral o que se pode verificar é que os trabalhadores entrevistados apresentam grau de escolarização superior ao estabelecido pelo PSF e acordado com os gestores municipais, uma vez que o requisito solicitado para o ACS é que o trabalhador *“saiba ler e escrever”*. Esta mesma situação foi identificada nos dez centros urbanos pesquisados pelo Ministério da Saúde, sendo identifica que em boa parte dos municípios pesquisados , *“os percentuais de ACS com o segundo grau completo supera a faixa dos 60%”* (Brasil, 2002a, p. 146).

No caso dos trabalhadores de nível universitário, todos os médicos cursaram residência médica, sendo 2 na área de Pediatria e 1 em Medicina Geral e Comunitária com ênfase em Saúde da Família, sendo que os dois primeiros cursaram ainda a especialização em Saúde da Família, indicando, uma preocupação em buscar formação e capacitação específica para a atuação na Saúde da Família. Ainda, o último concluiu a Pós-graduação - Mestrado na área de Saúde da Comunidade. Esta situação é bastante diversa daquela verificada na pesquisa sobre Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família (Machado, 2000), onde a grande maioria dos médicos que estão atuando na Saúde da Família não fez residência médica (62,8%), nem outro tipo de complementação (60,5% não têm especialização e 97,57% não tem mestrado).

Machado (2000, p.35) identifica que para o Brasil, os médicos que apresentavam algum tipo de residência médica (37,2%) as tinham cursado na área de Pediatria (20,6%), Medicina Geral e Comunitária (14,9%) e

Gineco-obstetrícia (14,2%). Esta é a mesma distribuição que se observa para os 3 trabalhadores médicos entrevistados: 2 com residência em Pediatria e 1 em Medicina Geral e Comunitária.

É interessante assinalar o comentário de um destes trabalhadores, quando traz a questão da preparação de pessoal para o trabalho no PSF.

"[...] como é que vamos preparar o pessoal. Porque acho que a grande maioria é pediatra, né? [...] Eu acho que pediatra tem (alguma característica especial para estar no PSF). Eu acho, na minha opinião, acho que o pediatra tem esta visão mais familiar, porque pelo menos para a criança, então você acaba lidando com a família; a gente parece que tem a visão da família, quem cuida da criança, [...] então, parece que a gente é mais voltado para isso daí. Lógico que acho que é a maioria, não todos, mas a maioria tem esta visão. Acho que o pediatra é um médico mais assim, acho que tem maior sensibilidade para lidar com o paciente do que outros colegas." (Médico2 - Equipe 2)

Esta mesma idéia se reitera quando outro trabalhador médico fala de decisão em trabalhar na Saúde da Família.

"Ai acabou, eu acabei resolvendo fazer PSF, eu vi que era completamente diferente. Porque Pediatria é muito assim, né? Pediatria vê muito a criança como um todo. Eu acho que nenhuma outra clínica vê como um todo. A gente vê muito mãe, a gente vê muito ambiente, a gente vê muito isso [...] Por isso que eu acho que tem muito Pediatra na Saúde da Família, tem muito. Acho que é o que mais tem é....de especialista em PSF acho que é Pediatria." (Médico3 - Equipe 3)

Estes trabalhadores, de certa forma, expressam a necessidade de um profissional com perfil para o trabalho na Saúde da Família, que não se centre apenas na formação clínica específica, mas na possibilidade de dispor de uma *"certa sensibilidade"* para a ampliação desta clínica que não se destinará a grupos específicos, mas que passa a se voltar para mais além do corpo da criança, do adulto, do recorte do corpo ou do órgão, que vai se dirigir para o espaço físico, social, afetivo, de relações, ético-moral onde cada um dos usuários se constrói como pessoa e cidadão.

A situação de formação dos três entrevistados, mesmo considerando o pequeno número de médicos entrevistados (e que não representa o universo deste trabalhador no município de Ribeirão Preto), indica não só o movimento de busca de capacitação para o trabalho, mas reflete a maior possibilidade de

acesso à formação e capacitação que o município oferece, visto ser um grande centro educacional do nordeste do estado de São Paulo³¹.

No caso das enfermeiras, 2 (66,6%) completaram especialização - Enfermagem do Trabalho e Administração Hospitalar, e uma está cursando a Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública, o que reflete a mesma situação observada para os médicos, uma vez que 35,5% dos enfermeiros que atuam na Saúde da Família têm algum tipo de especialização, e apenas 1,45% concluiu mestrado. (Machado, 2000)

Os trabalhadores com formação específica na saúde (médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) têm em sua maioria, mais de 10 anos de formados (66,6%), sendo que 2 (66,6%) médicos apresentam 12 anos de formados, 2 enfermeiros (66,6%) e 1 auxiliar de enfermagem (33,3%) têm mais de 20 anos de formados.

Os trabalhadores com tempo de formação específica na área da saúde de quatro (4) anos ou menos são um médico e uma enfermeira com 4 anos de formação e um auxiliar de enfermagem com 2 anos de formação, e que correspondem aos trabalhadores que atuam na mesma equipe de Saúde da Família (Equipe 1), que se caracteriza por ser uma equipe mais jovem em relação as duas outras equipes que foram unidades amostrais desta investigação.

Machado (2000) traz que o tempo de formação encontrado de forma predominante no Brasil, para os médicos na Saúde da Família é de 5 a 14 anos, correspondendo a 36,6%, e para os enfermeiros é até 4 anos, correspondendo a 43,1%, seguido de 5 a 14 anos, com 37,7%. As enfermeiras entrevistadas são mais velhas, uma vez que 66,6% destas têm mais de 20 anos de formadas.

No que diz respeito à experiência anterior de trabalho na área da saúde, praticamente, todos os trabalhadores com formação específica na saúde apresentam experiência anterior tanto na rede básica quanto na área hospitalar, com exceção de um médico, cuja primeira experiência de trabalho é o trabalho na Saúde da Família. Todas as enfermeiras, duas auxiliares de enfermagem e dois médicos já atuaram na área hospitalar e na rede de atenção básica. Com relação à experiência anterior no trabalho em Saúde da Família, apenas uma enfermeira e um médico

³¹ O município foi sede do Pólo Norte Oeste Paulista de Formação Acadêmica e Capacitação de Recursos Humanos para Saúde da Família, além de contar com 3 Faculdades de Medicina, 4 de Enfermagem e inúmeros outros da área da Saúde, configurando-se um pólo expressivo no Nordeste do Estado na formação de pessoal em saúde.

desenvolveram atividades profissionais anteriores em equipes de Saúde da Família, no mínimo por 1 ano. Ou seja, embora sejam trabalhadores com experiência de trabalho anterior na área, sua atuação se deu majoritariamente a partir de um recorte voltado ao atendimento de uma queixa específica, que caracteriza o modelo de atendimento ainda hegemônico na atenção básica.

3.2. Trabalhar na Saúde da Família - Por quê?

Os trabalhadores entrevistados pertenciam a 3 equipes distintas, como já assinalado, sendo a Equipe 1 composta por trabalhadores que se submeteram a um processo de seleção para trabalhar na Saúde da Família, enquanto que nas Equipes 2 e 3, a maioria dos trabalhadores da área da saúde (médicos, enfermeiros e auxiliar) já compunha o quadro de pessoal da SMS-RP, tendo sido consultados sobre o interesse e disponibilidade, inicialmente, em dobrar sua carga horária³² para o trabalho no PSF (no caso dos médicos e enfermeiros). Segundo os entrevistados, não houve nenhum critério específico por parte da SMS-RP para a seleção dos trabalhadores para a Saúde da Família, além desta consulta em específico.

Embora haja diferenças na motivação para buscar o trabalho na Saúde da Família, alguns aspectos se reiteram, sendo comuns, portanto, ao conjunto dos entrevistados.

No caso dos médicos, existe um desencadeador que é a busca de um trabalho diferenciado do ponto de vista clínico, da busca de um olhar mais geral da Medicina que parece que o trabalho na Saúde da Família possibilita.

"Eu tinha um professor na Faculdade que foi o meu mentor, acompanhava discussões de caso, então ele era um cara que sempre procurava dar mais geral da pessoa, não só da doença, promoção e prevenção no serviço de saúde e ...ai falava-se da importância do médico generalista em detrimento do especialista né, que o serviço de saúde precisava desse tipo de profissional, tudo. Eu comecei a me encantar com aquela idéia, e assim, então acho aliado também ao meu jeito [...] Eu gosto de ter uma visão, uma visão mais geral das coisas, [...] enfim né, a Medicina como um todo. Isso...eu gosto muito da Medicina. Eu acho que a Medicina é uma arte né, de você...é uma arte de você examinar, de você conversar. Isso me encanta na Medicina né,

³² A carga horária dos trabalhadores de nível universitário na SMS-RP é de 20 horas semanais.

enquanto uma área, uma ciência né? E eu vi na Saúde da Família uma coisa que pudesse me completar quanto a isso.” (Médico1 - Equipe 1)

Mas, não é apenas a busca desta visão mais geral acerca do trabalho médico, da Medicina, que atrai para a Saúde da Família; a “promessa” que se coloca parece se voltar para o desenvolvimento de um trabalho diferenciado do ponto de vista clínico, da produção do cuidado à saúde, que seja mais próximo do usuário, da família, com a possibilidade de maior interação trabalhador/usuário/família/grupo social onde este se insere.

“Bom, a experiência de Sacramento foi muito interessante. Foi meu primeiro emprego na área de saúde pública, foi até sem preparação, eu ainda não tinha tido. O PSF ainda não fazia parte do currículo da Faculdade, mas foi assim, uma coisa muito interessante. [...] Eu saí por problemas pessoais. Eu queria aprender, queria ... recém formada assim, tinha pouca experiência e aí o HC me chamou, né? [...], aí eu deixei Sacramento, mas pra vir aprender um pouco mais, de ter uma outra experiência, de poder falar que ... de eu poder fazer outros procedimentos. Mas aí, o Núcleo foi uma tentativa de resgatar... o que eu na verdade eu gostava de fazer, o que eu entendia por assistência à saúde. Não tava satisfeita, aprendi muito no HC, mas não estava satisfeita. Voltar a trabalhar na Saúde da Família, foi voltar aos meus princípios, o que eu gostava de fazer.” (Enfermeira1 - Equipe 1)

“A gente trabalha onde a gente começa a escutar; você começava a escutar saúde da família; aí, a gente, ah! vai nas casas do pessoal, tem mais contato com a família; aí isso aí já me deu ... como eu trabalhava só com este esquema tradicional, então a gente não estava insatisfeito, mas a gente espera sempre uma coisa um pouquinho mais diferente, né?; aí, eu vi no PSF, às vezes, uma chance de eu dar uma melhorada no meu atendimento, assim poder ter mais tempo, poder ter mais relacionamento com o paciente, com a família, poder, pelo menos, aquela visão que a gente tinha do médico antigo, que ia nas casas, ter mais, ser mais respeitado inclusive, né? Aí, isso mexeu comigo [...]” (Médico2 - Equipe 2)

Esta “promessa” não se coloca apenas para o médico, mas também para os outros trabalhadores, principalmente no caso dos trabalhadores das Equipes 2 e 3, onde há referência de que a forma da assistência se processar nas UBSs acaba por não estabelecer a necessidade de

continuidade desta, o que gera muita insatisfação no trabalhador, que busca no trabalho da Saúde da Família superar este sentimento.

"Então, tinha alguns médicos que tinham agendamento mas a maioria dos pacientes ia mesmo procurar o PAZão lá, então, uma coisa que não tem mesmo... Você vai ver o paciente num dia depois você vai ver ele de novo, você vai falar, de novo? Mas, é que alguns pacientes que costumam ir muito na Unidade, você acaba até conhecendo, mas assim, é um paciente que não faz tratamento, não faz seguimento, ele só procura ali, quando tá com algum problema. E...assim eu não sei, não é um negócio legal né?" (Enfermeira2 - Equipe 2)

Contudo, esta "promessa" ainda não vem sendo cumprida: *"Infelizmente não tá bem assim, mas a conversa é que ia ser assim."* (Auxiliar de Enfermagem3 - Equipe 2), no sentido de se voltar para as ações preventivas, de promoção à saúde, além daquelas de recuperação e manutenção da saúde, uma vez que a implantação da Saúde da Família no município ainda é recente e esta em processo.

Para os trabalhadores com formação específica na área da saúde, parece que gostar do que se faz, acreditar no projeto assistencial que mobiliza para o trabalho, a possibilidade de maior reconhecimento e respeito do usuário pelo trabalho desenvolvido, pode ser fonte de maior satisfação no dia a dia, uma vez que se abre a perspectiva de mudar o jeito de produzir a assistência e de se relacionar com o usuário, de interagir e de construir um projeto de trabalho, que atenda de forma mais resolutiva as dores e sofrimentos expressos pelo usuário que busca o serviço de saúde.

"Aí eu resolvi largar a Pediatria e ir pro PSF, porque lá eu ia tá fazendo a minha Pediatria também. E ia tá vendo o resto também, porque eu dava plantão no município X e eu via o que eram os adultos. Com a Pediatria, a gente... como a gente acompanhava direitinho, era tudo redondinho. Só na hora dos pronto-atendimentos, e nas emergências que a gente via que o pessoal fazia um pouquinho de coisa que não tinha muito a ver. E eu via que aqui na parte de clínica não tinha isso, porque era plantonista, era só pronto atendimento. Então a resolução pros adultos era zero. Quando eu dava plantão, eu acabava...resolvendo um monte de coisa, porque os pacientes que passam com aquelas dores, aquelas cólicas renais, aquelas coisas no plantão, aí você via no prontuário assim, acho que ninguém abria o prontuário pra dar uma lidinha sabe? Chegava: Ah, é cólica renal doutora, Buscopan

... Ninguém parava pra: "deixa eu ver, porque esse paciente tá tendo essa cólica. Vamos pedir os exames pra ver se depois..." ninguém! No meu plantão, o cara já tinha passado 10, 12 vezes, ninguém tinha pedido uma Urina 1, ninguém tinha pedido um Raio X, nada. Então nos plantões eu via que putz! Tinha um atendimento enorme, era um absurdo de consultas por dia e resolução mesmo, nenhuma. Nenhuma, nenhuma, nenhuma. Ai acabou, eu acabei resolvendo fazer PSF, eu vi que era completamente diferente." (Médica3 - Equipe 3)

Para a maioria dos trabalhadores entrevistados a Saúde da Família era (e é) uma grande interrogação, não se tinha claro o que caberia a cada um, as atividades desenvolvidas, mas uma questão certamente se colocava: a Saúde da Família é um trabalho diferente, onde o trabalhador busca conhecer a realidade da família, não no sentido do "controle", mas de um conhecimento que se volte para a prevenção, para a promoção da saúde, da qualidade de vida daquele usuário, daquela família, numa perspectiva diferente da colocada no trabalho em outras áreas, como por exemplo o hospital, onde a relação é com um paciente em específico, esquecendo-se muitas vezes de reconhecer o cenário onde o mesmo vive e convive na sua lida cotidiana.

"Ai! Porque é um trabalho diferente, né? Assim....você tá assim...Você conhece toda a realidade da família, né? Você tem toda uma interação com ela a partir do momento que ela faz...ela...é seguida no núcleo; você faz visita; cê sabe tudo dela. Ai, não sei como falar, explicar direito, mas...é uma prevenção, né? Não sei... É um trabalho bonito...É um trabalho que eu gosto de fazer. É bem diferente você estar presa ali dentro de um hospital; é enfermagem; é o paciente; só aquilo ali, né?" (Auxiliar de Enfermagem2 - Equipe 1)

"Lá no Marincek eu trabalhava na sala de vacina, só vacina né, então eu achei assim, que ia ser uma coisa diferente, eu quis mudar, então eu achei que ia ser diferente mais assim...eu não ia ficar só naquele lugar, entendeu? Eu ia sair, conhecer outros tipos de pessoas, ia conhecer outros tipos de doenças, eu ia sair fora de ... vacinar é uma coisa muito boa de trabalhar, eu gostava de trabalhar na vacina, mas eu acho...eu queria mudar, fazer outro tipo de coisa." (Auxiliar de Enfermagem3 - Equipe 2)

Embora seja predominante entre os trabalhadores entrevistados esta possibilidade, há entre os ACSs das Equipes 2 e 3 uma certa dificuldade em creditar à Saúde da Família a potência de atender as necessidades dos usuários.

“É (risos). [...] É, lá onde a ACS1 - Equipe 2 trabalhava ... (risos) precisa muito mais. Aqui tem tudo tão pertinho, né? Posto de saúde, é médico assim ... E lá tem a desnutrição, né? Mas aqui é ... foi bom por causa disso também ... pra incentivar ... Acho que incentivou, né? O posto a ir, o médico descobrir uma casa. Acho que incentiva as pessoas a ir lá ... os idosos, pelo menos. Eles vão tudo lá no doutor ... (risos) Médico2 - Equipe2. Ele é uma gracinha. E ... [...] E acho que anima, sim de ... de ... de ter o doutor” que vai na casa também, né? Acho que é importante. Principalmente, eu acho que é mais ... é pros idosos.” (ACS3 - Equipe 2)

O ACS enquanto um novo trabalhador que é inserido na Saúde da Família e que vive e convive com a realidade e as aspirações dos usuários traz para dentro da equipe a fala destes, suas desconfiças, seu jeito de pensar, aponta as contradições que estão presentes no fazer da Saúde da Família.

De certa forma o trabalhador da Saúde da Família, mesmo que de forma idealizada, se vê com a possibilidade de construir a *Obra*³³, com a ampliação do olhar para o entendimento da assistência à saúde e da prática assistencial se colocando no horizonte de cada trabalhador.

“Então eu quando eu vim pra Secretaria, desde que eu entrei em 93, eu vim porque era atendimento, pra atendimento básico, porque eu fiz saúde pública. Então o que eu queria era trabalhar com saúde pública. [...] E aí quando eu vim (para o PSF), eu fiquei muito feliz porque eu falei: nossa! agora eu vou trabalhar em saúde pública, enfim né?” (Enfermeira3 - Equipe 3)

“Eu acho que os princípios de assistência à saúde. (que levou a trabalhar no PSF) O que eu acreditava que era atender o cidadão. [...] Integral, assim com integralidade, humanização...hum... com entendimento, sabendo ouvi-lo. Eu não tinha isso lá no hospital. Foi por isso que eu saí.” (Enfermeira1 - Equipe 1)

³³ Obra é o termo utilizado por Campos (1997, p.234), entendida como “o reconhecimento, tanto por parte do trabalhador, como do cliente e da sociedade, do resultado do trabalho.” Esta questão será melhor discutida no próximo capítulo, onde se tratará de um dos temas deste estudo.

No caso das ACSs o que se verifica é que a maioria das trabalhadoras entrevistadas, principalmente aquelas das Equipes 2 e 3, foi trabalhar na Saúde da Família, por absoluta falta de opção de trabalho. É explícito na fala das mesmas que o trabalho na Saúde da Família apareceu como uma opção de se vincular ao mercado de trabalho, uma vez que a maioria delas estava desempregada ou nunca tinha se engajado anteriormente ao mercado de trabalho.

"É...é...na época, eu morava lá no Marincek, nessa época. Ai, eu estava desempregada... Tava desempregada, na época. Ai, comecei a fazer esse curso. Tinha perdido minha mãe há pouco tempo, né? Ai, eu comecei a fazer esse curso e entrei. Eu tava assim, sempre à espera de aparecer outro emprego prá mim, né? ... Mas surgiu esse; aí eu... depois que eu entrei, eu falei: "Não! Eu vou continuar nesse, vamo ver...até onde vai, né?" (ACS1 - Equipe 1)

A Saúde da Família aparece como uma oportunidade de emprego para a maioria destas ACSs, mesmo sem saber exatamente o quê iria ser desenvolvido, com qual finalidade se daria aquele trabalho, por quê haveria a figura do ACS. É uma oportunidade enquanto não aparece algo mais interessante, enquanto outra possibilidade não surge.

"Aqui foi assim. Faltava uma agente prá ... prá fazer o grupo. Ai, meu pai fez...me fez ir fazer esse curso... eu quis fazer. Ai, eu passei...[...] Meu pai era presidente do bairro naquela época. Do Geraldo. Como era...era ele que tava fazendo... as... as inscrições; ele falou: "Vai.". Eu falei: "Não, não... Não, eu num quero ir.". Ai, ele insistiu, insistiu, insistiu que eu acabei indo. E fazia três meses que eu...que eu tava parada; falei: "Então, deixa eu ir, porque...enquanto não pinta coisa melhor...eu vou fazer."[...] Ah... Eu vejo esse serviço como qualquer outro. A gente tem que ter responsabilidade, tem que ser honesto com as coisas que a gente passa prá...prás enfermeira, prá médicos, mesmo prá população em si. E, prá gente falar alguma coisa prá elas, a gente tem que saber; e, prá gente saber, a gente tem que estudar um pouco, tirar algumas dúvidas com as enfermeira, com os médicos, com...umas com as outras. É mais um...um trabalho em grupo, né? Uma ajuda a outra." (ACS2 - Equipe 2)

Há uma reiteração nas falas das ACSs, principalmente das Equipes 2 e 3, de que o trabalho como ACS se colocou como uma alternativa à falta de emprego, aliado às estreitas exigências colocadas para a contratação

deste trabalhador. "Saber ler, escrever" é o que o Ministério solicita nas negociações com os municípios (Brasil, 1998). Assim, há também uma expectativa destas trabalhadoras ao se colocar para o trabalho no PSF; *em assumir um trabalho que não sacrifique muito.*

"Então, eu...é... eu saí do serviço, porque meu menino tava num...numa fase de ficar doente sempre, sabe? E dando pneumonia...Ele ficava na escola e não se adaptou. Ai, eu tive que sair, né? Da...da Santa Casa. Ai, eu fiquei 8 anos desempregada. E é difícil arrumá, né? Nossa! Depois de bastante tempo e ainda sem estudo, porque eu só tinha o 1º grau, né? Sem estudo... [...] Ainda prá ficar por perto, no bairro, não precisa tomá ônibus, né? O salário é pouco, mas compensava. E aí a gente foi." (ACS3 - Equipe 1)

"Bom, eu morava no Geraldo, tava desempregada, desesperadamente procurando uma coisa pra fazer [...] 'ah eu quero arrumar um trabalho que... que eu não tenha que sacrificar muito, nem me sacrificar, porque eu não tenho mais idade.' Eu já fiz muita faxina, mas hoje eu não agüento subir escada, descer escada, gorda ainda! Ai foi quando a ...o presidente do bairro, a minha irmã entrou na frente, que trabalha comigo também aqui... Ai ela falou: olha, tá tendo emprego assim, mas nós num sabe... ninguém sabe o que que é por enquanto... Porque foi novidade aqui, ninguém sabia o que nós íamos fazer. Sei que tão convocando, vai pagar o salário e registra. Eu falei: 'ah, eu vou.' Cheguei lá, dei meu nome, virei uma sarna em cima dele pra ele pôr meu nome na ficha! Porque eu falei: 'não, eu tenho menino, sou sozinha, não recebo aposentadoria, nenhum tipo de ajuda de nada, só esse salário mesmo. Eu preciso que o senhor me dá essa oportunidade.' Ai quando ele mandou falar pra mim preparar os documentos que era pra ir, ich! Sai pulando de alegria né, rapidinho! Ai foi feita essa preparação, fomos lá pro Marincek, sem saber o que... O que que nos ia... não. Ai não sabia que nós ia ter que fazer..." (ACS6 - Equipe 2)

No conjunto das ACSs entrevistadas, cinco afirmaram ter ido procurar a vinculação na Saúde da Família não apenas pela questão do desemprego, mas pela possibilidade de aliar ao trabalho que já desenvolviam como líderes comunitárias ou como voluntárias, a possibilidade de sistematizar sua ação e qualificá-la com um componente técnico.

"Eu tenho uma participação de usuário do serviço de saúde de muitos anos. Desde ... 85, 86 por aí né? E aí a gente nesse acompanhamento, eu moro aqui né, veio o PSF pra cá, eu não estava trabalhando em lugar nenhum, eu

achei que era uma oportunidade pra eu fazer um trabalho que eu já fazia na comunidade né, mas mais específico, né, com uma orientação assim, técnica, né, um jeito de chegar bem aos usuários de saúde e moradores do bairro. Conhecer melhor cada um, ter uma atuação, poder tá divulgando, ensinando, conscientizando..." (ACS11 - Equipe 1)

"Bom, o que me levou a trabalhar com o pessoal da comunidade é saber que eu ia poder ajudar alguém. Porque mesmo aqui eu trabalho sabendo que vou ter que ajudar alguém, porque você sabe o nosso salário que nós ganha. Se for pra trabalhar pelo salário que nós ganha, você não vai trabalhar porque é muito pouco, então você tem que gostar do que você faz, e saber que tá ajudando alguém, é bom demais, que eu tô dando um pouco de mim pra alguém. Aqui, eu ainda não tô me sentindo útil igual lá, porque você sabe que as pessoas precisam mais da gente do que aqui. O médico lá ficava assim...eu morava...eu era... exercia meu trabalho no sítio e ele no distrito, então eu tinha que pedalar 40 minutos pra chegar até ele e aqui em 40 segundos eu chego até o Dr. Médico da Equipe 2, então é bem mais fácil aqui. Lá era mais sacrificado, entender? Eu acho que dá mais gosto! Solter né?" (ACS10 - Equipe 2)

Esta última fala é de uma ACS que trabalhou na mesma função na Saúde da Família no Ceará onde mantinha ainda atividades junto à Pastoral da Criança, tendo vivido outro contexto e acumulado outras experiências em relação ao trabalho na Saúde da Família.

Vários foram, portanto, os fatores que levaram os trabalhadores entrevistados a atuar na Saúde da Família. Desde a busca por um trabalho diferenciado, com a possibilidade de ampliação da atuação clínica mais próxima do usuário, da família, efetivando uma maior aproximação entre trabalhador/usuário/família/grupo social, visando superar a insatisfação presente no desenvolvimento do trabalho cotidiano, até a possibilidade de engajamento no mercado de trabalho formal, com a "garantia" dos direitos trabalhistas.

Na pesquisa sobre a implantação do PSF em grandes centros urbanos (Brasil, 2002a) alguns dos fatores motivadores da escolha para atuação na Saúde da Família, assinalados pelos trabalhadores se voltam para:

"estar desempregado (entre os ACS), perceber o PSF como mercado de trabalho promissor (nível superior) e trabalhar com comunidades pobres [...]. O quarto destaque foi dado ao fato dos profissionais compartilharem essa

idéia de que o PSF pode reorganizar a atenção à saúde no município que aponta para a aceitação da dimensão psicológica do programa quanto à transformação do modelo assistencial.” (Brasil, 2002a, p.147)

Os trabalhadores aqui apresentados não apontam estes aspectos como grandes norteadores de sua opção em estar na Saúde da Família. No caso, principalmente, dos trabalhadores de saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) a insatisfação com o trabalho realizado e a possibilidade de construir alternativas diferenciadas de assistência ao usuário/família e comunidade onde se inserem, é um aspecto que tem aderência ao último item citado na pesquisa nacional. Apenas no caso dos ACSs, há a convergência em considerar o PSF uma oportunidade de trabalho que se coloca, embora como já assinalado para alguns dos ACSs, a participação na Saúde da Família é um diferencial para se trabalhar na direção da conquista efetiva da cidadania e dos direitos dos usuários.

Este grupo é, portanto, composto por distintos agentes que se colocam a trabalhar em conjunto na efetivação ou não da Saúde da Família, trazendo ao fazer esta opção, sua adesão ao projeto político da Saúde da Família. Implicam-se, se afetam e se deixam afetar de certa forma na construção e consolidação desta alternativa assistencial.

*A POSSIBILIDADE DE CONSTRUIR A OBRA – as
contradições e as brechas que se abrem com a
Saúde da Família*

IV. A possibilidade de construir a Obra – as contradições e as brechas que se abrem com a Saúde da Família

“Pensamos como proprietários.

O meu livro, o meu sentimento, o meu sonho.

Acreditamos que somos autores.

A obra de ...

A vida de ...

A utopia de ...

... Mas o homem produz, cria, inventa e acontece nos encontros.

A obra, o amor e a utopia traduzem encontros de alguém que se faz inventor.

Todavia, esses inventos internos e externos são filhos de uma potência criativa, de um agenciamento que se localiza entre ...

Somos objetos e sujeitos ...

Só nos tornamos, no entanto, o sujeito de uma ação ou reação quando sobre nos atua a vida.

Vida reinventada que no entre de uma relação se fez espaço, necessidade, possibilidade e ferramentas de um ato genuinamente criativo.” (Bichueti, 2000, p.131)

Campos (1997) define *Obra* como o reconhecimento tanto por parte do trabalhador como do usuário e da sociedade do resultado do trabalho. Esta discussão é trazida por este autor quando o mesmo assinala que na saúde é fundamental buscar-se a reaproximação dos trabalhadores do resultado do trabalho, uma vez que se observa que estes encontram-se separados de sua *Obra*. Afirma ainda que

“[...] sobrevive-se mais facilmente e gostosamente quando se sente criador de Obras dignas da admiração e do respeito público. Há várias maneiras práticas de implementar essa diretriz. Uma mais genérica se refere à criação de mecanismos que permitam o envolvimento de todos os participantes de uma equipe com a elaboração de novas maneiras de se fazer uma instituição funcionar. [...] Restaurar a ligação dos trabalhadores com a Obra implicaria estimular, ao mesmo tempo, a liberdade criadora e a delegação ampliada de responsabilidade aos profissionais.” (Campos, 1997, p.235)

Ampliando estes aspectos, Campos (2000) apresentando o Método da Roda, como uma alternativa de co-gestão para os serviços de saúde, aponta que haveria a possibilidade de se juntar desejos e interesses dos trabalhadores à construção de organizações na saúde. Ou seja, haveria a possibilidade de se vivenciar trabalhos mais prazerosos, mediante a participação dos trabalhadores na elaboração conjunta de objetivos, metas e métodos de trabalho, entendendo este processo como favorecedor da construção da *Obra* coletiva.

O autor, ainda chama atenção de que a perspectiva da produção da *Obra*, necessariamente não elimina o trabalho penoso, mas permite que se estabeleçam cotidianamente relações mais afetivas e prazerosas com o trabalho, onde haveria a possibilidade da contribuição singular de cada um. “*Obra de que todos co-participam, funcionando como co-autores da história de cada organização.*” (Campos, 2000, p.134)

A noção de *Obra* não é utilizada nas organizações, onde o mais comum é a perspectiva de trabalhar com a idéia de resultados (produção de bens e serviços). Assim, ao se propor alternativas de co-gestão do trabalho, o conceito de *Obra* funcionaria como “*uma ponte entre a obrigatória produção de Valores de Uso e os Desejos e Interesses dos Trabalhadores*” (Campos, 2000, p.134). Dito de outra forma, poder-se-ia considerar que a perspectiva da co-gestão do processo de trabalho se daria pela possibilidade de se trabalhar na direção de compartilhar poder com os trabalhadores e não estritamente estabelecer formas de controlá-los, sendo que neste processo, além de um produto obtido como resultado do trabalho haveria a produção de sujeitos, trabalhadores que expressam sua autonomia na realização do trabalho.

Desta forma, *Obra* seria entendida “*tanto como o resultado do trabalho, quanto a própria invenção de jeitos particulares para organizar o processo de trabalho. Gozar com o resultado e com o processo. Realizar-se durante o caminho e quando da chegada.*” (Campos, 2000, p.135)

Convém que se explicita que em momento algum o autor afirma que se trabalhar com a noção de *Obra*, isto implica em renunciar ao objetivo primeiro colocado para a organização, ou aos processos que possibilitam a explicitação e a operatividade desta, ao contrário, implica ter permanentemente presente o objetivo/a finalidade da organização como um norte e um limite pertinente a todos os trabalhadores envolvidos no processo de produção.

4.1. O novo e o velho em disputa – possibilidade de construção da OBRA!

Mas afinal, por que se discutir a noção de *Obra*?

Esta questão se faz presente e necessária à discussão, ao se tomar o que já explicitado anteriormente, quando os trabalhadores das equipes de Saúde da Família com formação específica na área da saúde vão apontando a insatisfação crescente com o trabalho assistencial desenvolvido e a busca da satisfação poder se transformar no motor para o resgate do prazer pelo trabalho, da transformação do processo de trabalho onde se possa tomar o objeto de trabalho em outra dimensão, possibilitando a construção de um projeto de trabalho voltado ao atendimento das dores e sofrimentos do usuário.

"E aí como eu comecei a me envolver com o PSF, [...] eu via que toda aquela parte da Pediatria que eu não conseguia resolver, o povo (a equipe que existia no município) conseguia resolver, foi me dando, aí meu Deus! Eles conseguem resolver? Aí eu resolvi largar a Pediatria e ir pro PSF, porque lá eu ia tá fazendo a minha Pediatria também. [...] Aí acabou, eu acabei resolvendo fazer PSF, eu vi que era completamente diferente. Porque Pediatria é muito assim, né? Pediatria vê muito a criança como um todo. Eu acho que nenhuma outra clínica vê como um todo. A gente vê muito mãe, a gente vê muito ambiente, a gente vê muito isso, [...]" (Médico3 – Equipe3)

É expressa a perspectiva de mudar o jeito de atender e de se relacionar com o trabalho colocado pela Saúde da Família, há de forma implícita no fragmento acima a expressão por este trabalhador de se ver como construtor da *Obra*.

É um grande desafio, pois ao assumir a construção do projeto, os trabalhadores defrontam-se com a dificuldade de se criar o novo, de superar a idealização do trabalho e efetivar ações que possam ser sustentadas no fazer cotidiano por uma ação multiprofissional e interdisciplinar, onde outras tecnologias e competências passam a se fazer necessárias.

"Assim, você é formada, tem capacitação técnica pra algumas coisas, mas, antes você precisa aprender a humanizar... hum... e precisa ver do outro o que ele precisa também, quais que são as necessidades dele. Eu acho que perfil, em... em Saúde da Família tá muito relacionado ao saber ouvir, ao

saber entender as necessidades. Eu acho que precisa ter... um... é... um discernimento sobre... aprender a trabalhar com assistência à saúde... há... mas sem... é... Como que eu posso dizer?...sem impor a técnica por si só. Só prestar aquela técnica naquele momento e nada vai mudar. [...] Então, também saber conviver com as pessoas da equipe; cada um tem sua capacidade; cada um tem uma...tem uma habilidade específica e aí saber valorizar, saber reconhecer, saber pedir ajuda, né? Eu acho que... Além de conviver com a demanda da população, dos cidadãos, também saber conviver com os profissionais com que trabalha. [...] acho que, a partir daí... cê pode tá buscando conhecimentos técnicos [...], mas o princípio, pra mim, na minha opinião, é o perfil pra trabalhar com saúde pública e, principalmente, na Saúde da Família e pra trabalhar em equipe. [...] É muito difícil... sabe? você reconhecer que... cê precisa de ajuda; cê precisa de parceiros pra aquele trabalho, né? A gente acaba... se voltando muito pro próprio umbigo... Falta pedir ajuda; falta reconhecer que não sabe tudo... Falta reconhecer que o outro...pode tá contribuindo com mais... Que ele tem que ter... é dar atenção ao doente [...]" (Enfermeira1 – Equipe 1)

Construir parcerias no trabalho significa retomar o conceito e a prática de equipe e empreender um movimento de sair das ações segmentadas, e buscar uma recomposição para efetivar a produção de cuidados integrais. Reconhecer os estranhamentos existentes na equipe, as diferenças de concepção acerca do trabalho a ser desenvolvido é um passo importante no sentido de construir as parcerias. *O velho trabalho em equipe pode ganhar cara nova?*³⁴, é a pergunta que de certa forma se apresenta na fala acima. É potência que se evidencia para a construção de parcerias, mesmo que seja marcada pela dificuldade.

Em estudo sobre a gerência na rede básica de saúde em Ribeirão Preto empreendido por mim em 1995, os gerentes da rede básica de saúde entrevistados apontavam a necessidade de se efetivar a constituição de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, mas assinalavam a dificuldade de se quebrar as resistências para esta

³⁴ Esta questão foi identificada como um dos núcleos temáticos no estudo empreendido por mim na tese de doutoramento MISHIMA, S.M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. 1995. 355 p. Tese Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

empreitada tendo em vista a forma como o trabalho se encontrava organizado na rede de atenção à saúde no município de Ribeirão Preto.³⁵

“No trabalho em saúde, hoje presente nas UBSs, as relações estabelecidas entre as diferentes categorias profissionais é hierárquica, ou seja, a equipe de saúde, como se encontra constituída, é formada por profissionais com determinados conhecimentos colocados hierarquicamente, onde estes diferentes agentes conhecem muitas coisas, mas conhecimentos distintos (uma profissão não conhece a potencialidade da outra), sendo que estes alavancam o trabalho assentado em relações verticais de mando e autoridade, reproduzindo a divisão técnica e social do trabalho.

Transformar a visão da equipe implica em buscar uma relação mais horizontalizada entre os agentes presentes no processo de trabalho em saúde, o que significa cada um abrir mão de uma fatia de seu poder/autonomia profissional, podendo então compartilhar conhecimentos (saber) e decisões.

Significa construir uma relação de diálogo entre companheiros (tomando a terminologia de Testa, 1995), uma relação de duas mãos, sem contudo ignorar a diferenciação necessária do conhecimento e mesmo a hierarquia de autoridade, ou seja, sem negar a existência da divisão técnica e social do trabalho, mas ao mesmo tempo, tomando-a como “viva” no processo de trabalho, reconstruí-la na busca de um trabalho interdisciplinar.”

Estas questões estão presentes no momento atual, e vislumbrar outras possibilidades da constituição da equipe de Saúde da Família, implica sem dúvida redimensionar as relações de saber e poder, estabelecer espaços e possibilidades de troca entre trabalhadores que detém parcelas diferenciadas de conhecimento e de poder.

Neste sentido, parece que há potência para que a estratégia institua novos modos de se operar no trabalho em saúde, de possibilitar transversalidades³⁶ no instituído da conformação das equipes de saúde. Entretanto, esta possibilidade pode sem dúvida ser capturada pela força do instituído, pela reprodução da forma de se trabalhar e se compreender a ação de saúde, do modo de utilização das tecnologias disponíveis, de não se buscar fugir do uso intensivo das tecnologias duras e leve-duras, transformando a ação de saúde num conjunto de procedimentos

³⁵ Passo a transcrever literalmente parte do material já produzido por mim no estudo acima citado (MISHIMA, 1995, p.278-279) por fazer sentido e possibilitar uma interlocução com as questões aqui assinaladas.

³⁶ Transversalidade é um conceito institucionalista que indica a interpenetração no nível do instituinte, do produtivo, do revolucionário, do criativo. (Barembritt, 1994)

técnicos esvaziados de humanidade como expresso no fragmento da *Enfermeira*¹.

Na Saúde da Família estas questões mais do que nunca se fazem presentes, uma vez que há a promessa de uma organização do processo de trabalho que contemple a construção de novos saberes para a intervenção no processo saúde-doença tendo como foco a família, e a introdução de novos trabalhadores como o ACS, pode ser um importante dispositivo para a construção de outra prática de trabalho que se centre na formação de equipes integração, fugindo da sua constituição como equipe agrupamento³⁷, assim como da construção da *Obra* pelo conjunto dos trabalhadores das equipes.

Para Peduzzi (2001), fundamentada nos estudos sobre o trabalho em saúde, especialmente os estudos de Mendes Gonçalves (1992, 1994) e Schraiber (1993) que tomam a categoria analítica "trabalho" segundo a vertente marxista e a teoria do agir comunicativo de Habermas, considerando que há uma relação recíproca e permanente entre trabalho e interação, propõe uma tipologia do trabalho em equipe, centrada em duas noções distintas que sustentam a idéia de equipe: a equipe como *agrupamento de agentes* e a equipe como *interação de trabalhos*, sendo que

"A primeira noção é caracterizada pela fragmentação, e a segunda, pela articulação consoante à proposta de integralidade das ações de saúde. Entende-se por articulação as situações de trabalho em que o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas." (Peduzzi, 2001, p.104)

Tomando estas distinções, Peduzzi (2001) constrói uma tipologia referente a duas modalidades de trabalho em equipe: *equipe agrupamento* e *equipe integração*. A equipe agrupamento seria aquela em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos trabalhadores, e equipe integração aquela em que se dá a articulação das ações e a interação entre os trabalhadores. A autora chama atenção para o fato de que em ambas as tipologias estão presentes diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído socialmente aos mesmos, assim como as tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto a

³⁷ Terminologias: equipe integração e equipe agrupamento são utilizadas por Marina Peduzzi, enfermeira estudiosa da temática do processo de trabalho em saúde, mais especificamente da questão dos trabalhadores de saúde e do trabalho em equipe.

interdependências entre os trabalhos ou sua complementaridade. “Nesse sentido, a recomposição requer a articulação das ações, a interação comunicativa dos agentes e a superação do isolamento dos saberes.” (Peduzzi, 2001, p.105)

A equipe integração seria aquela em que há possibilidade de identificar a comunicação entre os agentes do trabalho não apenas como instrumentalização técnica do trabalho, ou como de caráter estritamente pessoal, mas como uma dimensão intrínseca do trabalho (com a elaboração conjunta de uma linguagem comum, objetivos comuns), onde se faz possível a construção de um projeto assistencial comum, a diminuição das desigualdades³⁸ entre os diferentes trabalhos e os respectivos trabalhadores (ou seja, apesar as distinções que marcam as diferentes práticas profissionais e que caracterizam os núcleos de competência e responsabilidade específicas, buscar estabelecer menor desigualdade nas relações de dominação e subordinação existentes entre os trabalhadores), maior complementaridade e colaboração no exercício da autonomia técnica.

A fala da ACS abaixo traz implicitamente esta busca, da equipe conseguir identificar seu objeto de trabalho, olhar para seus projetos diferenciados, suas origens distintas e construir a Saúde da Família.

“Assim, no sentido de que, primeiro a gente tem que identificar o objeto do nosso trabalho. Nós ainda não conseguimos fazer isso. [...] Eu acho que não conseguimos em equipe né? Por exemplo, a nossa equipe ... eu não estava no começo do trabalho né, do que eu sei, a equipe com ajuda da Faculdade, de uns profissionais, conseguiu iniciar o levantamento, cadastramento. Eu ainda não estava né. Então pra conseguir isso, a equipe não sentou pra dizer: esse é nosso objeto, esse é nosso ... nosso objetivo né? Eu acho que a nossa equipe está se ... conhecendo, sabe? Se estruturando, é ... tentando criar o espírito de equipe né. A gente tem gente que veio com a formação de Universidade né, gente que veio procurar um emprego né, conseguir um emprego, não tinha um projeto de vida. Isso tudo tem no PSF né?” (ACS11 – Equipe1)

³⁸ Peduzzi (2001, p.108) faz uma distinção entre trabalhos diferentes e trabalhos desiguais. “Quanto à divisão do trabalho em saúde, entende-se que a prática dos médicos é fundadora da técnica científica moderna na área da saúde e, portanto, núcleo original do qual outros trabalhos especializados derivam. Os trabalhos que se separam ou se agregam ao trabalho do médico configuram um conjunto diversificado de áreas profissionais, necessárias à implementação da totalidade das ações que podem viabilizar a atenção integral à saúde. No entanto, configuram-se não somente trabalhos diferentes tecnicamente, mas também desiguais quanto à sua valorização social.”

Reconhecer as próprias dificuldades e ao fazer este reconhecimento buscar construir coletivamente relações de trabalho no sentido do aprendizado do conviver com as diferenças e com as desigualdades presentes no saber e no fazer de cada trabalhador que compõe a equipe; aprender a identificar e utilizar outros instrumentos³⁹ necessários ao trabalho na atenção primária à saúde e reconhecer as necessidades explícitas ou implícitas expressas pelos usuários, não é tarefa simples e fácil, é o desafio que se coloca para aqueles que estão atuando na Saúde da Família, quer sejam os trabalhadores de saúde especificamente, quer sejam os ACS que acabam de chegar e se inserir no trabalho na saúde, representando de certa forma a voz do usuário para dentro da equipe.

"Vá ... vou passar. É uma criança ... que a mãe ... tá com 16 anos ... a criança ... já tá fazendo inscrição na ... polícia mirim, então procura ... " ó tá trabalhando. Ai eu queria arrumar um serviço. Então a senhora vai lá prá fazer a inscrição." Essas informações que a pessoa não tem, a gente procura ... eu tô procurando passar ... eu procuro muito ... isso ... aqui você pode ter certeza. " Ah, procura a ACSS – Equipe2 que ela sabe." Porque eu sei passar. Eu ... eu falo: " porque, se eu recebi essa informação, nada mais que eu passar prá ... prá pessoa que tá ali [...] as vezes é essa angústia que a pessoa tem. Que a criança ... o moleque fica na rua, fica... Então, se cê, se cê passa a informação, depois a pessoa chega ni mim: " Nossa, ACSS – Equipe2! Ele tá fazendo até a prova, vai começa a trabalhar ..." [...] isso é cuidar da saúde ... o meu ver da Saúde da Família, é ... o bem estar de dentro da casa. Porque tudo ... engloba, né? Porque uma pessoas ... uma senhora ... uma mãe ... que fica naquela angústia, ela começa a sentir dor de cabeça, ela começa a ... ficar meio enjoada. Ai o que ela faz? "Eu vou no médico!" Mas num médico ... o médico num vai resolver o problema dentro de casa? Se eu ajudar, já é meio caminho andado [...]" (ACSS – Equipe2)

Na lida cotidiana, acaba-se convivendo com situações ou problemas expressos pelos usuários/famílias, que extrapolam o recorte biológico da expressão da doença uma vez que *"muitas das situações cotidianas constituem casos instrumentalmente simples e que, por vezes, são patologicamente mais fáceis, mas que nem por isso deixam de envolver uma grande complexidade assistencial."* (Schraiber & Mendes Gonçalves, 1996, p.35), o que requer sempre uma

³⁹ A idéia de novos instrumentais se refere ao uso mais intensivo das tecnologias leves para a produção do cuidado em saúde, ou seja, ampliar as possibilidades de utilização da escuta, da ampliação do vínculo, de se trabalhar levando em conta a ampliação do coeficiente de autonomia dos usuários. (Merhy, 1997, Campos, 1994)

abordagem específica, principalmente quando consideramos a abrangência do processo saúde-doença, sendo necessário se lançar mão de tecnologias leves de forma mais intensa.

“Ah, a primeira coisa que vem na cabeça, é uma equipe que consiga trabalhar mesmo em grupo, em equipe. Se você tem isso, você consegue resolver muito bem as coisas. A primeira coisa que me vem na cabeça, porque na verdade, equipamento, você precisa de muito pouca coisa. Mas você precisa de um agente comunitário legal, que te traga as informações que discuta com você. Você precisa uma enfermeira legal, que saiba dividir com você as responsabilidades daquele paciente, sem essa de que que é meu, que que é teu. É de todo mundo, você entendeu? [...] é lógico que você precisa de um monte de coisa né? [...] É o que me veio na cabeça porque assim sem isso ele não tem como funcionar. Ele não vai pra frente. Se não tiver uma...uma equipe legal, ele não vai pra frente, não tem como ele ir pra frente né?” (Médico3 – Equipe3)

Desafio de se criar um acontecimento⁴⁰ no dizer de Baremblytt (1994), de se estabelecer uma *“equipe legal”* que: possa proporcionar a si mesma o reconhecimento da potência de construir cuidados à saúde, olhando para os acertos e os erros, e não apenas para os acertos; busque viabilizar a redistribuição de poder entre seus componentes, levando em conta as distintas parcelas de saberes e de autonomia que cada um dos trabalhadores detém; que possa se permitir construir bons encontros no trabalho, trabalho solidário.

“Então a equipe que trabalha redondinho é aquela equipe que se vê: Nós támos junto aqui, vamos...vamos fazer junto. Acha que é muito isso, né? Se tiver aquela coisa separadinha, eu tenho que fazer isso, isso e isso, você tem que fazer isso, isso e isso, ele tem que fazer isso, isso e isso. Fica um olhando pro lado, deixa eu ver se ele tá fazendo, você tá fazendo... Ai não vai.” (Médico3 – Equipe3)

⁴⁰ Baremblytt (1994) define acontecimento como atos, processos e resultados capazes de criar o Novo, como momentos em que se foge o *instituído*, do *organizado* e se tem a chance de se fazer presente a expressão do *acaso*, enquanto modo de devir que se caracteriza por ser aleatório, imprevisível e incontrolável. Para o Movimento Institucionalista o *acaso* se caracterizaria como *fonte de produção* e essência do *desejo*, geradores de transformação e da novidade nos sistemas. Os termos em itálico correspondem a conceitos presentes no Movimento Institucionalista e que podem ser melhor detalhados em BAREMBLYTT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. Teoria e prática. 2. ed. São Paulo: Rosa dos Tempos, 1994.

Bons encontros, no sentido de se solidarizar com o outro para a lida na saúde, o que não significa negar a existência de conflitos no cotidiano de trabalho, mas reconhecer através dos conflitos e dificuldades, as possibilidades de se construir o novo, explicitando as diferenças e as desigualdades que marcam os trabalhadores de saúde. (Fortuna, 1999; Peduzzi, 2001, Fortuna et al., 2002, Fortuna, 2003)

Os bons encontros também podem se dar com os usuários: esta é uma promessa que a Saúde da Família deixa expressa para quem dela se aproxima. A proximidade com as famílias vai possibilitando estabelecer brechas no trabalho para a criação de uma relação diferente daquela presente nos serviços de saúde: fugaz, despersonalizada, centrada no recorte específico da queixa, da doença. (Matumoto, 1998, 2003)

"Aí ... eu ... eu comecei a ... a compreender que não é bem saúde que... que ... que eu pensava. Eu pensava assim ... que era a saúde assim: ir lá, Ter que cuidar da pessoa doente, limpar ca ... fazer um serviço ... lá da ... pessoa, da auxiliar aí da enfermagem que faz. Eu achava que era isso. ... Aí depois ... a explicação de Ter que trabalhar com a saúde não era ... não era a saúde em si, era o que ... em volta, fazia Ter problema de saúde. Então ... eu acho que é ... como se fala ... é como a limpeza em volta da casa, né? Que eu entendi, né? Eu até expliquei isso pro moço. Eu entendi isso: que era a limpeza em volta da casa. Se você mantém a sua casa limpa por fora, por dentro naturalmente ... você vai limpar ela mais ainda, né? Aí eu entendi que era isso: a saúde era pra você acobertar o que tava fora pra ... trazer pra cá ... pra eles cuidar do que tava dentro, então ... [...] eu lia muito. Eu tinha muita informação que eu não podia passar pra ninguém. Pra quem que eu ia passar? ... Uma pessoa dentro de casa? Prós meus filhos ... cê passa sempre, que isso é uma coisa que já nasce aqui. Mais lá fora ... eu podia ... eu conversar com uma vizinha aqui, outra, mas não era a mesma coisa duma população. Que eu ... eu faço cento e setenta ... e faço com muito gosto. Cento e setenta! Se tiver duzentas famílias, trezentas pra mim ... se eu puder ... quanto mais informação eu puder passar do que eu sei pras pessoas, mais eu vou ..."(ACSS – Equipe2)

O fragmento do discurso dessa trabalhadora chama a atenção para seu entendimento de saúde, da Saúde da Família e da potencialidade que vê trabalho desenvolvido. Parece que o trabalho do ACS pode trazer, construir estas brechas, criar linha de transversalidade para o trabalho. Sair do lugar conhecido da saúde e passar a olhar para outras questões,

para outras possibilidades de entendimento dos problemas enfrentados pelos usuários é criar brechas para que o acontecimento se faça.

Há um interesse manifesto pelos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, principalmente, em se desenvolver um trabalho diferente daquele que vinham desenvolvendo, um trabalho onde haveria maior entrosamento com as famílias, tempo e oportunidade para efetivar-se uma relação de ajuda, onde se constituiriam relações de confiança com os usuários/famílias.

"Achei que ia ser uma coisa diferente, que eu ia gostar mais né, visitar as pessoas na casa quando fosse preciso né, então assim, achei que ia ser uma coisa diferente pra fazer e eu me interessei, quis mudar. Porque eu acho que é bom, a gente se entrosa mais com as famílias né?" (Aux.Enf.3 – Equipe2)

"Você vai fazer visita na casa dele ou mesmo aqui, você chama numa salinha, eles contam a vida deles inteirinha pra gente, entender, sem deixar nada! E sabe? Eles se sentem à vontade, eles se abrem completamente! Por quê? Porque cê tá tendo assim, tá dando a maior atenção pra ele né? Tá ali conversando naquela calma, sabendo tudo o que ele tem, às vezes tem necessidade de falar, de conversar. E no PSF a gente tem que ter tudo isso, tratar bem o paciente, é ... e saber, sempre saber o que tá se passando com ele. Se a gente vai na visita, você vai...se ele tá estressado, se não tá tomando o remédio direito, a gente tem que saber por que não tá fazendo isso direito. Não é só por ele, vamos supor, não saber ler, tem que saber do emocional dele também, entender? Por que que tá fazendo com que ele não tome o remédio, é saber tudo dele né? Eu acho assim, um trabalho ótimo, um trabalho maravilhoso. [...] Porque do jeito que tá aí, isso aí só vai piorar cada vez mais, então tem que ter uma estratégia pra mudar o atendimento do povão né?" (Aux.Enf.2 – Equipe1)

O vínculo, a escuta, as distintas formas de se acolher o usuário, são vistas como ferramentas para este trabalho; tecnologia leve que pode ser usada mais intensamente para a produção de cuidado de saúde e que de certa forma pode trazer maior reconhecimento da população pelo trabalho realizado.

Ferramentas que podem criar brechas, abrir transversalidades na rotina presente no cotidiano. Rotina pesada, onde as dificuldades que se tem de enfrentar no dia a dia da unidade de saúde, os conflitos com a população que

sem acesso a outros serviços de saúde eleva o volume de atendimento, o trabalho que se faz sem que o resultado possa se expressar plenamente tanto para o trabalhador que executa a assistência como para o usuário, acaba "embrutecendo" o trabalhador, que não vê mais finalidade no seu trabalho, nem prazer em processá-lo. A "casca" que vai se fazendo presente e sendo enrijecida, impede outros olhares para o que é necessário ao trabalho e à produção de cuidados, impede vislumbrar outras possibilidades tanto por parte dos trabalhadores como por parte dos usuários. A saída que se tem pela frente pode ser a Saúde da Família, possibilidade de construção da *Obra*, mas também de fuga do real e a idealização do trabalho.

"Aí, de repente, você começa todo dia aquela briga na porta, você não tem com quem reclamar; aí, você começa ficar meio embrutecido também; por isso, que eu quis sair, mudar um pouco, para ver se eu tirei minha casca, ver se eu fico sem ela. [...] eu acho que isso que o pessoal reclama lá, pessoal você vê que o pessoal começa meio que... recebe muita carga negativa, reclama muito; eles também criaram "casca" também. Então fica aquela coisa difícil de trabalhar. [...] É o que eu falo, se aqui não está bom, mas, em vista do que eu estava, aqui estou no céu. Aqui é assim, o pessoal atende bem, né? A população é bem... A grande maioria elogia; fala que a gente atende muito bem. Acho que como não tem ninguém aqui, que criou "casca", então está bom, está muito melhor do que lá. E eu estou vendo que continua o mesmo problema: eu acho que os pacientes que precisam de GD e que são, assim, urgentes, estão esperando para fazer aqui; nós também estamos esperando. O paciente pergunta: "E GD?" A gente está até com a maca aí, mas não tem material; então está faltando esta pessoa para ajudar; então, é só tendo paciência, mas, na UBS X, sempre foi assim; então, eu acho que eles não estão... acho que eles começaram a ser atendidos aqui, acho que eles vão achar muito bom, porque, como lá não consegue o atendimento, é difícil, quando você vem perto de casa e, às vezes, consegue o atendimento, eles vão achar... Às vezes, você está acostumado com uma coisa ruim, então não faz muita falta." (Médico2 – Equipe 2)

A promessa de um trabalho diferente trazida pela Saúde da Família, "enquanto uma estratégia para a mudança do modelo assistencial" (Brasil, 1998), põe frente a frente o novo e o velho, o PSF e o modelo hegemônico ainda hoje presente na rede de atenção básica, centrado na queixa expressa pelo usuário. A promessa da Saúde da Família permite que a "casca" seja retirada e haja a permissão pelo trabalhador para que outra tentativa seja feita, de se construir um trabalho que traga resultados positivos

para a clientela, satisfação e reconhecimento do trabalho desenvolvido para os trabalhadores.

A aposta expressa pelos trabalhadores é que a Saúde da Família possa permitir não apenas uma ampliação do atendimento no primeiro nível do sistema de saúde, como também ofereça maior resolução às situações enfrentadas pelos usuários, principalmente quando os problemas são de ordem biológica, onde o instrumental para a intervenção é "conhecido" e as ações necessárias para o atendimento em grande parte centram-se no corpo do usuário.

"Eu acho que ele tem um poder de resolução no atendimento primário muito grande se ele for feito como tem que ser feito. Ali na Unidade não tá sendo feito como ele tem que ser feito. Então tem muita coisa ainda pra consertar, muita, muita. O agendamento tá muito difícil, esse início de trabalho tem uma demanda reprimida imensa pra se trabalhar e aí minha agenda, acabei de entrar. O pessoal tá marcando consulta pra início de Junho. Tamos no final de Fevereiro, início de Maio...Março. Março, Abril, Maio...olha isso! Como é que você vai resolver né? Então é uma demanda muito grande de coisa guardadinha, que não aparecia, que tá aparecendo, então tá difícil de adequar a agenda, como as enfermeiras não têm como ajudar muito, porque elas não têm espaço então tá caindo tudo na mão de médico mesmo. Pronto atendimento tá uma loucura, porque a população ainda tá habituada nesse pronto atendimento. E a gente tem que deixar a porta aberta mesmo pra ele, então tá tendo alguns atritos quanto a isso. [...] É ele (PSF) resolver o atendimento primário do jeito realmente que tem que ser e deixar pro secundário e pro terciário só o que realmente precisa ir pra lá né? e a gente sabe que dados estatísticos, ... têm um monte, eu visitei alguns lugares que já tem PSF há mais tempo, [...] Sobral e vi que realmente assim, lá era 9 % que precisava sair da cidade pra ir pra...pra Fortaleza. Olha isso!" (Médico3 – Equipe3)

É efetivamente uma aposta, pois num primeiro momento o que se tem verificado é que a Saúde da Família abre as comportas para uma demanda que se encontrava reprimida, pela impossibilidade de ser atendida e "ouvida" pela equipe de saúde, com isto constrangendo de certa forma a assistência a ser oferecida, pelo volume de pessoas que expressam, principalmente, suas necessidades de atendimento médico. É a possibilidade do acesso que se faz mais intensamente presente, acesso que é ofertado pelo trabalho dos ACSs, mas que por vezes aponta contradições.

"E o terceiro ... que eu... que eu acho mesmo que não deveria o PSF ter esse tipo de atendimento: que é eventual, que é a pessoa ficar doente e correr aqui. Porque, se tem um posto central que é de emergência, e não vem aqui atrapalhar o andamento da... das... dos outros casos; porque, se é uma vez por mês, aí depois tem o retorno que é um... é o certo, não trazer... Aí, cê perde tudo; elas ficam nervosas, elas (as pessoas já cadastradas) ficam agitada, não dá atenção pro... pro trabalho nosso. Porque o trabalho nosso no PSF é... dá atenção lá fora. [...] O seu programa que cê aprendeu de PSF é isso; cê fica se questionando. Não é? Num era isso? [...] porque, na hora agá a pessoa tá ... tá com problema sério que você foi, você viu, eu tô indo lá, a pessoa fala: "ó, não tá boa!". Trazer esse é o ponto não deixar aberto, porque, na hora que elas chegar, elas as próprias mãe, têm que catar as criança e sair daqui e ir lá... lá em cima no Simioni. Com criança... (porque as outras pessoas) tão vindo ... tão vindo, porque tá com uma dor aqui ou porque [...] Então cê fica perdida, né?... Cê fala: "aquela criança que eu vi, que tava com febre, eu pedi prá mãe vim; chegou aqui, não tinha mais vaga; teve que ir lá pro... Deixar em aberto, sem eventual. Deixar em aberto na hora que a criança (cadastrada) chegar ... de ser atendida, porque isso aí eles ... eles reclamam com a gente. Aí fora, as mãe ..." Meu filho tava doente. Tive que sair daqui e ir lá no Simioni.". Aquela coisa. Então, cê fica ... porque a gente tem esse tipo de reclamação no núcleo, né? Então, assim as pessoas é ... que tão cadastradas, que tão acompanhadas, elas chegam lá e falam assim: "Não, mas você mandou eu vim aqui; eu vim aqui..." E, aí, cê não tem como mandar embora, porque, como que cê faz ... cê cria um vínculo, cria aproximação de cê mandá ela embora? Vai...aí perde ... Perde. Então é isso que tá acontecendo. Cê tá perdendo coisas que você tá sentindo que é...mais importante. Então ... nós tamo perdendo coisas importante que a gente podia ter seguido ... Eu acho que tá muito assim...aí vem uma pessoas assim ...: "Aí! Eu cortei o dedo ... Aí, eu não sei o quê ... Aí, a criança que tava deitada até branquinha...". "Ah! A senhora vai ter que levar ou ... chamar a ambulância." Então as mães que cê tá fazendo aquele trabalho com a criança pequena que a mãe tá ... tá sentindo firmeza ... ela só ... abandona. Ela fala: "Eu não vou lá, não; aquilo é uma porcária. Ah, não!" (ACSS – Equipe2)

Atender o eventual, só se for do pessoal cadastrado, as outras pessoas da área que não estão cadastradas devem procurar outro lugar. Deixa-se de pensar que o atendimento da demanda eventual pode se constituir no

primeiro contato para alguns, no contato mais próximo com outros já conhecidos, que pode ser uma estratégia de se estabelecer vínculos com os

usuários para que a continuidade⁴¹ do atendimento se processe, para a transformação gradativa da demanda eventual em demanda acompanhada.

Ainda, há de certa forma uma compreensão de que a Saúde da Família seria uma estratégia que se voltasse mais intensamente ao desenvolvimento de ações de prevenção das doenças e promoção à saúde, sendo que outras ações assistenciais não teriam tanto peso, inclusive o atendimento à demanda espontânea que chega à Unidade de Saúde da Família.

“Mas, eu acho assim, que eu achei que ia ser legal porque era mais prevenção do que tratamento em si né? E tá mais ou menos, só não tá ainda porque acho que tá...ainda é começo. Acho que vai chegar uma hora que vai dar certo.” (Aux.Enf.3 – Equipe2)

A demanda que chega com suas queixas e problemas e necessidades de atendimento à saúde de um lado e a compreensão por parte do conjunto dos trabalhadores de que o foco central da Saúde da Família são as ações de prevenção e promoção de outro, se apresenta como um nó górdio, sendo que há uma crítica formulada sobre este aspecto por Franco & Merhy (1999, p.21) que apontam que o PSF perde sua potência transformadora ao ter sua “matriz teórica circunscrita prioritariamente ao campo da vigilância à saúde”, o que limita a ação clínica da Saúde da Família e o olhar para estas questões tão presentes no dia a dia.

“O Programa de Saúde da Família adota a diretriz do vínculo e propõe a adscrição de clientela, de 600 a 1000 famílias, em um determinado território, que se adscvem a uma equipe composta por um médico, uma enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde. Esta equipe passa a ser a “Porta de Entrada” do serviço de saúde, não tendo o programa um esquema para atendimento da demanda espontânea. É dada ao PSF a missão de mudar o modelo assistencial para a saúde, e essa mudança deve se caracterizar quando tiver um modelo que seja usuário-centrado. Contudo, ao

⁴¹ Starfield (2002, p.247) fala que uma das premissas da atenção primária à saúde é a longitudinalidade, é a possibilidade do seguimento se dar no decorrer do tempo. “Longitudinalidade não é uma palavra que aparece em qualquer dicionário. Ela é derivada de **logitudinal**, que é definido como “lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos”. Embora a palavra **continuidade** seja usualmente empregada no lugar de **longitudinalidade**, esta última transmite melhor a idéia do que a anterior. Longitudinalidade no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde.” Ver capítulo 8 – Cadastro de pacientes e atenção orientada para o paciente ao longo do tempo, em STARFIELD, B. **Atenção Primária**. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

que parece, não há uma real desburocratização do acesso aos serviços, visto que o atendimento às urgências, que é muito importante do ponto de vista do usuário, não torna-se ponto forte de sua agenda de trabalho. Os serviços que não conseguem criar esta agenda, tem se mostrado como de baixa credibilidade para os usuários (Chakhour e all., 1992). Assim, o PSF parece cometer um erro de saída.” (Franco & Merhy, 1999, p.23)

Sem dúvida é uma crítica que deve ser cuidadosamente analisada, visto que a atenção a esta demanda pode possibilitar o estabelecimento de vínculos com os usuários que procuram pela unidade de Saúde da Família e brechas para a conformação de uma prática mais solidária entre os trabalhadores e destes para com a clientela, revendo as compreensões acerca da finalidade da assistência processada e enriquecendo o instrumental de trabalho para a atenção à saúde, com outros conhecimentos que não aqueles que favorecem exclusivamente a ação médico-centrada.

Paim (1995) discutindo a necessidade de transformação do modelo de assistência, na perspectiva da construção de distritos de saúde, chama atenção para a reorganização das práticas de saúde, havendo necessidade de gradualmente ir se transformando a demanda espontânea que chega às unidades de saúde, em atendimentos de saúde na direção de se estabelecer uma demanda organizada e no oferecimento de programas de assistência especiais. Ou seja, é fundamental que demanda espontânea seja atendida em suas demandas e gradualmente se estabeleçam alternativas assistenciais para que esta seja qualificada pela captação dos usuários provenientes da demanda espontânea.

As demandas que se referem a outras dimensões do processo saúde-doença e que envolvem os modos de produção e reprodução das famílias atendidas parece que ainda ficam à margem de uma abordagem terapêutica por parte das equipes, que fuja à matriz conhecida da intervenção sobre o corpo, pois nem sempre existe a compreensão de saúde e doença como um processo mais amplo que extrapola a dimensão biológica, embora a população reconheça, de certa forma, a Unidade de Saúde da Família, como o espaço que pode ser procurado para curar outras dores que não as físicas, as dores de alma.

É o espaço onde se pode procurar para a resolução de vários problemas, que podem não ter um caráter mais imediato de configurar-se como uma doença física. Assim, a criação de outros espaços que não a consulta médica no interior da Saúde da Família pode ajudar a aumentar a

compreensão das pessoas em relação à estratégia e ao mesmo tempo criar um espaço de convivência entre as pessoas - um espaço terapêutico - que sirva de aprendizado para a própria equipe de saúde.

"A gente tem um grupo de... eu tenho, eu dou aula de crochê pra umas mulheres aí, que é um meio que a gente encontrou também de trazer a comunidade pra dentro da Unidade. [...] Crochê, vagonite, por enquanto só esse, mas é aquilo, nós não temos sala. Agora vai voltar o que tava de férias, e ... nós vamos discutir sala pra poder fazer. E é importante. Olha! Nós tínhamos uma moça da nossa área que vinha, ela parece que tinha medo, tanto medo, que ela tremia, ela nunca olhou no rosto de ninguém da sala. Nós temos dez, doze mulheres fazendo o curso. Ela sentava quietinha, durinha, a mão dela dura, dura, precisava pegar na mão, ela suava! Você precisava ver o crochezinho que a menina faz! Bordando vagonite! Ah, quando ela começou a bordar e já fazer biquinho rosinha, já começou a bordar com as coleças. Ela era uma pessoa trancada dentro de casa, ela não saía nem pra fora! Você entendeu? Aquilo foi importante pra ela. Agora não vê a hora de limpar a casa pra fazer, e a irmã dela vende os paninhos que ela faz viu? Ela tá feliz da vida com isso. E ainda não acabou o curso. Eu falei: manda chamar ela, que eu quero que ela faça o curso de ponto cruz também né [...] Então é importante isso daí. As meninas falavam: Ai, Fulana que paciência que você tem! Eu chegava: Ah bem, não é assim, vem cá, deixa eu te ensinar de novo, vamos lá, vamos desmanchar, eu vou fazer devagazinho pra você ver. E foi, foi, aprendeu bonitinho, tem um pontinho lindo de morrer! [...] Porque pra mim, foi...eu falava pra elas: é uma questão de honra, essa menina aprender. Porque eu sinto que ela necessita de alguma coisa. Ela nem falava! Perguntava o nome dela, ela falava assim, pra dentro. Eu acho que isso é cuidar de saúde? Pra você ver, ela já aprendeu a fazer isso, ela é menos nervosa, ela tá descontraída, ela se abriu, ela viu que tem potencial, tem capacidade de aprender. Pessoa fechada do jeito que ela era, ela não ia por muito tempo, logo, logo aquela menina ia ter um enfarto, um derrame porque uma pessoa trancada em casa 24 horas, que saúde que pode ter? Nem um exercício não faz." (ACS6 – Equipe2)

O ACS como novo trabalhador da equipe de Saúde da Família, não deixa de trazer para o interior do conjunto dos trabalhadores da Saúde da Família, as expectativas e interrogações sobre o agir em saúde. Expectativas que vão desde considerar que a equipe deveria se voltar

para o atendimento estrito das dores de corpo das pessoas que buscam atendimento na unidade de saúde, e que esta deveria funcionar como um "postinho de saúde"⁴², como também aqueles que tomam a saúde como mais que um sintoma ou queixa física, ampliando as possibilidades de se pensar a intervenção em saúde, como expresso no fragmento acima, estabelecendo outras alternativas para se cuidar, oferecer atenção, escuta, cuidado.

Este reconhecimento da escuta que o serviço pode oferecer, nem sempre é assim tomado pelos trabalhadores, que por vezes não compreendem quando são solicitados, transferindo o caso para outro nível de atenção e/ou para uma possibilidade de medicalização do problema.

"Ah! Que nem... semana passada, teve um caso assim, né? Eles tavam em discussão de família e eu tava lá na frente; chegou uma senhora correndo que era... pedindo prá um médico ir na casa dela, que tinha uma outra senhora passando mal. Ai, tava eu, o médico, né? Ai, o médico falou prá mim: "Vai lá vê o que tá acontecendo." Ai, eu fui; cheguei lá, ela tava chorando muito; acho que tinha brigado com o marido; era um problema familiar, conjugal; chorava demais que ela nem conversava. E as vizinhas toda ali, queriam dar calmante, né? Aquela coisa. Ai, eu fiquei sem saber. Falei: "Meu Deus! Que que eu faço?". Ela não falava, né? Não tinha como ajudar. Cê não sabia o que tava acontecendo: se ela tava sentindo dor ou que que era. Mas, aí, as vizinhas começaram a falar que ela tinha... tava com problema com o marido, ta-ra-rá, né? que era esse o problema. Ai, eu liguei pro médico. Liguei aqui na unidade e falei: "... que ela chora muito, eu não sei o que ela tem, mas aparentemente ela tá nervosa, com problema pessoal. Não é nada de saúde. O que eu faço com ela? As vizinhas que dá calmante." Ai, ele me orientou. Ele falou: "Se ela tá muito nervosa, não vai adiantar trazer pra cá, porque a gente também não tem medicação prá ela aqui agora; mas ou você chama a ambulância ou alguém daí, leva ela no pronto atendimento." Tipo assim. Ai, foi o que fiz. Ai, um vizinho mesmo que tava lá, levou tomar uma medicação na Cuiabá [...]" (Aux.Enf.1 – Equipe1)

⁴² Este aspecto se faz reiteradamente presente entre os ACS das Equipes 2 e 3, sendo que na explicitação de suas expectativas em relação ao trabalho desenvolvido na Saúde da Família, expressam a necessidade da equipe se voltar ao atendimento das queixas dos usuários (eles mesmos usuários), destacando uma certa perda de tempo em se visitar as casas dos usuários.

Desta forma, a resposta possível da equipe a estas questões, centra-se na matriz que se tem conformada, instituída, da ação ser centrada num ato medicalizante, perdendo-se por vezes a oportunidade de se fazer uso das tecnologias de relação, abrindo possibilidades para que o usuário colabore na tomada de decisão quanto à ação terapêutica a ser instituída.

A ação terapêutica, trabalho vivo em ato, mais uma vez é capturada, o conhecido, o formatado, se faz mais potente e comanda a ação dos trabalhadores, “Meu Deus! Que que eu faço?” Volta-se ao conhecido.

Na expressão dos auxiliares de enfermagem, mais enfaticamente, as ações oferecidas pela equipe ainda são consideradas aquelas “rotineiras” existentes em uma UBS, sendo explicitado que ainda não foi possível organizar outro conjunto de atividades para a população, de modo que a unidade de Saúde da Família funciona como uma UBS, e as ações desenvolvidas pelo auxiliar de enfermagem são muito parecidas com o que ele fazia anteriormente.

É o velho jeito da assistência à saúde se processar se fazendo instituído, ainda, sem força para que outros modos de se produzir cuidados à saúde se constituam. Soma-se a isto dois outros aspectos: o primeiro à idealização em relação à proposta de trabalho colocada pela Saúde da Família, e o segundo a falta de compreensão da finalidade para este trabalho que vai se conformando.

“Porque eu distribuo minhas visitas né, são...são doze agentes, então eu procuro assim: do dia dez até vinte e pouco aí, eu procuro ir nas visitas e aí eu vou um dia cada agente e aí fora esses dias, meu serviço mais é de rotina porque é dentro, é... de Segunda... de Terça e Quinta é fazendo coleta, curativo e algumas visitas de curativo também que eu preciso ir né, retirada de ponto de algum acamado e aqui dentro que é medicação, curativo, verificar PA, que é uma coisa que tem demais, temperatura, essas coisas aí. Mas normalmente é isso aí de Terça e Quinta é coleta. [...] É quase todo dia a mesma coisa. Não tem assim muita mudança, você entendeu? Porque isso aqui funciona, é quase como um Posto de Saúde mesmo, as pessoas vêm pra ver pressão, vem tomar injeção, vêm fazer curativo, então é aquela rotina de sempre, então o dia que eu não saio, os outros dias é aquela rotina de sempre. [...] Eu acho que esperava mais ou menos isso mesmo, só que eu acho que aqui tá meio parado, não tá bem assim do jeito que a gente queria né, mas tá mais ou menos dentro daquilo que eu esperava, fazendo as visitas que nem eu

faço. [...] só que eu acho que assim, que devia ter mais assim, mais programas de hipertensão, diabetes, gestantes." (Aux.Enf.3 – Equipe2)

O desafio que se abre é romper com o instituído, localizar brechas para que a força do instituinte se faça presente e possa recriar o trabalho. Brechas se configuram neste trabalho, a busca de construir a *Obra* se explicita em muitos momentos, mas as contradições também se materializam nas ações cotidianas, reforçando as dificuldades de se produzir ações de saúde voltadas para o cuidado numa dimensão que não se restrinja a culpabilidade do usuário como causador de suas mazelas, e a realização de procedimentos esvaziados de humanidade.

4.2. As bases tecnológicas para o projeto assistencial da Saúde da Família – a lógica da carência e do desamparo

A realização de qualquer *Obra* implica que o trabalhador possa se lançar nesta empreitada com disposição, mobilizando e colocando sua força de trabalho e seus desejos em ação para esta construção, contando com um conjunto de instrumentos necessários para isto, ou seja, dispor de condições materiais e "não materiais" que permitam esta produção, no sentido de se reconhecer no resultado do trabalho, e satisfazer-se tanto com este resultado como também com o caminho percorrido.

Esta construção se dará no interior de um dado processo de trabalho, o que implica que ao se falar em processo de trabalho, mais imediatamente poderia ser dito que é um processo de transformação intencional da natureza pelo homem, para satisfação de suas necessidades, que resultam de suas relações sócio-históricas, onde se tem um gasto de energia mediado por instrumentos, incluindo os próprios trabalhadores e sua força de trabalho, equipamentos e os saberes que se colocam em ação para a produção de um bem, que no caso do processo de trabalho em saúde, é imediatamente consumido no ato de produção. Como já explicitado, este processo se realiza atendendo a uma finalidade que dirige o processo para a satisfação de necessidades produzidas social e historicamente.

Disponibilidade de condições materiais de trabalho, é um problema enfrentado pelas equipes, sendo que uma das primeiras dificuldades que os trabalhadores entrevistados defrontam-se, principalmente aqueles que compõem as Equipes 2 e 3, refere-se à estrutura física que não favorece o desenvolvimento das atividades assistenciais, uma vez que o

espaço é exíguo, não existindo locais apropriados para as atividades de caráter assistencial ou educativo.

"[...] então elas não têm sala, não têm espaço ali. Nunca vi PSF que enfermeira não tem sala pra fazer atendimento dela. [...] Ali foi montada uma coisa tipo assim, vamos fazer um PSF mas só porque tem agente comunitário. Porque se deixasse rolar ia ser um modelinho de pronto atendimento e com algumas consultas agendadas, só que com agente ... mais agente comunitária de saúde ... Porque não ... é porque a gente tá tentando mudar. Mas não tem espaço físico, nem recurso humano, só tem uma auxiliar de enfermagem. Uma auxiliar pra duas equipes." (Médico3 – Equipe3)

À inadequação das instalações físicas, soma-se a falta de pessoal e material que parecem indicar que a Saúde da Família não é valorizada pelo poder público municipal como uma estratégia para mudança, mas como um serviço de baixo custo, com a finalidade de se processar a assistência à saúde em locais onde há ausência de equipamentos de saúde instalados.

"É difícil a parte da ginecologia, por exemplo. Nós não estamos fazendo ainda; então assim né? [...] É falta de material. [...] Material mesmo: espelho, lâmina; não veio nada, né? Forro; a gente não tem forro para o paciente, né? Então fica complicado, né? Precisa também, né? estamos só com uma auxiliar de enfermagem, né? Como é que faz, né? Ela fica o dia inteiro, ela está fazendo, ela acompanha as crianças até 1 ano; ela queria acompanhar até 2 anos; é tipo... ela é só da minha equipe; ela acaba cobrindo as 2 equipes, para não deixar os pacientes da outra equipe descobertos; mas ela não dá conta de fazer tudo; ela só faz até 1 ano; aí, sai, às vezes, para fazer algum curativo, que ela está fazendo. Ela fica ali dando apoio na medicação; se precisa orientação, marcar exames, tudo. Então, assim, se abrir GD, que hora que eu vou atender? Porque a gente não atende realmente sem o auxiliar na sala e nós não estamos tendo nem um auxiliar para ajudar a outra equipe. Vai fazer o quê? Imagina o povo começar a atender GD, aqui quem que vai ficar...As enfermeiras poderiam fazer a parte da coleta, assim, do Papanicolau, tudo que está autorizado, né? Mas também a gente não tem sala para elas também. Então, teria que aproveitar o meu horário de saída, para poder elas fazerem; então, está faltando ainda recursos humanos; estamos precisando de mais auxiliares. Todas as reuniões que o pessoal vem lá da Prefeitura, a gente fala: "Olha, não tá dando para trabalhar com 1 auxiliar só; precisa de mais; o pessoal recomenda até 2 auxiliares por equipe, né? Nós estamos com 1 auxiliar

para 2 equipes, né?" Então, umas coisas que acabam emperrando um pouco para você deslanchar mais, né? Eu acho que tudo isso vai ajudando, às vezes, a gente não chegar ainda naquela satisfação que a gente gostaria de ter, né? Então, tem um pouco disto." (Médico2 – Equipe2)

A estrutura física da Unidade de Saúde da Família que acolhe as Equipes 2 e 3 dispõe de apenas dois consultórios para atendimento, uma sala de procedimentos, uma sala para dispensação de medicamentos, uma sala para guarda dos prontuários e para a espera dos usuários pelo atendimento a ser processado, uma sala para os ACSs.

Não há nesta unidade espaço físico destinado a atividades educativas grupais ou ao atendimento clínico a ser realizado pelo enfermeiro ou por outro profissional que não o médico. A conformação física certamente indica uma opção em relação ao modelo de assistência que se processa na unidade, pode revelar os instituídos e os instituintes, pode revelar as finalidades que vão se conformando e conformam este trabalho. Parece indicar mais uma vez, contrariando o discurso da integralidade da assistência e da construção multiprofissional e interdisciplinar da equipe de Saúde da Família, a ação focalizada centrada em procedimentos médico-centrados.

"Marcuse escreveu que o instituído – concretizado sob a forma de estruturas, normas e valores dominantes – representa a materialização do princípio da realidade (Marcuse, 1998); ou seja, a organização real de uma instituição ou o modo de produção de serviços de saúde não são obra do acaso. Ao contrário, refletem interesses, diretrizes e valores dominantes em uma certa época e em um dado contexto. Cada modo específico de organizar a vida serve à concretização de determinados objetivos e não de outros. A lógica de governo e dos processos de trabalho não são nunca inócuas, portanto." (Campos, 1999, p.394)

Em outubro de 2002 o Jornal Folha de São Paulo trouxe uma reportagem intitulada *Auditoria aponta falhas no programa Saúde da Família*, trazendo que o PSF apesar de ser considerado um dos principais planos de atenção básica do governo federal, estava trabalhando com *"equipes sobrecarregadas e com profissionais que, muitas desconhecem que, muitas sua filosofia. Também faltam medicamentos, e as instalações físicas soa deficientes em algumas regiões do país"* (Krakovics, 2002). A constatação foi resultado de uma auditoria do Tribunal de Contas da União, e embora seja referente aos estudos realizados no Ceará, Paraíba, Alagoas e

Pernambuco, reforça o encontrado na presente investigação. É de certa forma uma lógica da carência que se difunde em várias localidades.

A lógica da carência se explicita claramente para as Equipes 2 e 3, mais uma vez, quando nem o mínimo de trabalhadores previsto pelo Ministério da Saúde, é atendido. Não há por parte dos trabalhadores da Equipe 1 uma explicitação da carência de espaço físico, mas da insuficiência de pessoal de nível médio, expresso principalmente pelos auxiliares de enfermagem, que referem que grande parte de seu tempo de trabalho é gasto em atividades ligadas à recepção da clientela.

Somada à lógica da carência, tem-se presente nas falas dos trabalhadores a marca do desamparo, da solidão no trabalho, da falta de uma certa direção para o trabalho.

Falar de desamparo parece contraditório quando os trabalhadores de saúde entrevistados expressam sua satisfação em se aproximar da Saúde da Família enquanto uma possibilidade de rever sua inserção no trabalho e o desenvolvimento das ações de saúde voltadas para uma assistência integral. Contraditório no sentido de que, ao mesmo tempo em que apontam a solidão no trabalho, reafirmam o desejo e vontade de buscar alternativas para construir o trabalho de assistência em outra direção que não da forma como hegemonicamente este tem se feito presente, centrado na doença, com caráter curativo, grande parte das vezes apresentando baixa resolubilidade, gerando iatrogenias na forma do usuário compreender seus problemas e necessidades, construído a partir de uma relação fugaz e impessoal com este usuário. (Matumoto, 1998, Matumoto, 2003)

Ferreira (1995), do nosso famoso Dicionário Aurélio, define *desamparo* como falta de amparo, abandono, e *desamparado* como solitário. É nesta direção que as equipes se colocam. A "*solidão*" é uma tônica para estas três equipes, que se expressa sob diferentes formas no trabalho cotidiano.

Uma das maneiras como explicitam esta solidão é na expressão de uma certa falta de direção para o trabalho na equipe de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto.

"[...] eu acho que nosso trabalho tá muito fraquinho ... muito sem ... sem direção nesse ponto." (ACSS – Equipe2)

"Eu achei a equipe quando eu cheguei lá, completamente perdida assim sabe? Todo mundo. Mesmo as enfermeiras, o médico tava simplesmente atendendo, fazendo atendimento de Medicina. Não tava equipe, sabe? Eu

senti...nossa, mas tava cada um prum lado, cada um fazendo a sua parte sem ter ligação com o outro. [...] Eu acho que a Prefeitura inteira tá assim, porque a Enfermeira2 me contou como ela foi chamada pra trabalhar ali. "Cê quer dobrar a hora?" Não perguntava: "Cê quer trabalhar pro PSF?" Foi uma loucura isso! Ela falou: eu quero dobrar a hora. Simplesmente dobrar a hora; onde, por quê, como que ela ia fazer, ninguém tava explicando. Por isso que eu acho que tava todo mundo assim! Ninguém sabia o que que fazia, ninguém sabia como cobrar, ninguém sabia quem que tinha que cobrar, qual era a função de cada um, qual que não tinha que ser. Não tavam juntinhos, não tavam." (Médico3 – Equipe3)

"Quando eu estava na UBS, lá tinha um computadorzinho; quase todo dia eu checava o que as meninas iam cadastrando; eu checava; checava quais as doenças prevalentes; o que a gente tinha e ficava sabendo de tudo; aí, depois eu vim para cá, eu praticamente não acessei mais para saber como está, o que a nossa população tem, né? Então, a gente fica meio perdido, né? parece que a gente trabalha, trabalha, desenvolve e parece que está fazendo a mesma coisa que fazia, né?" (Médico2 – Equipe2)

Qual a direcionalidade que este trabalho assume, qual sua finalidade, para onde se deve encaminhar o trabalho, quais as ferramentas que seriam necessárias para esta nova forma de se prestar a assistência. São questões a todo tempo expressas. O conhecido é onde se busca a cola, a receita, é mais fácil buscar apoio no conhecido. Fugir à matriz e construir a equipe articulada a um projeto político não é uma tarefa que se faz sem ajuda. É o implícito na fala dos entrevistados das Equipes 2 e 3.

Mesmo na Equipe 1 que conta com a figura de uma Coordenação⁴³, os trabalhadores expressam sua solidão no desenvolvimento do trabalho na Saúde da Família, enfatizando a necessidade de se ter o Coordenador mais próximo.

⁴³ A Coordenação é uma função desempenhada por docentes da Faculdade de Medicina e da Escola de Enfermagem, que atuam em duplas junto às equipes de Saúde da Família vinculadas à Universidade de São Paulo. Esta Coordenação tem um caráter acadêmico, ou seja, como uma instância de acompanhamento das atividades desenvolvidas face à proposta de ensino aí colocada, mas também de suporte administrativo, de consolidação do projeto e de suporte às equipes nas relações onde há necessidade de articulação desta com outras instâncias. Na conformação dos Núcleos de Saúde da Família, foi pensada esta instância como uma possibilidade de articulação entre duas unidades distintas da Universidade que poderiam conjuntamente colaborar para uma prática multidisciplinar e para a construção de um conhecimento interdisciplinar, aglutinando gradativamente outras unidades da Universidade. Cabe ressaltar que embora haja esta figura na prática das unidades de Saúde da Família, não há nada estabelecido formalmente entre as duas unidades em relação a esta figura do Coordenador.

"Não (dão conta de suporte à equipe). Tem Núcleos e Núcleos né, professora, acho que tem Núcleos...por exemplo, a figura do coordenador é mais presente, [...] tá fazendo, aqui mesmo às vezes acontece né, uns são mais atuantes que os outros né, tem Núcleo que a gente vê que os coordenadores vestem, vestiram a camisa mesmo e tão lá contribuindo não só chegar aqui e manda fazer é assim e assim, não pode ser assim, não pode ser assado. Não, arregaça a camisa e vai fazer junto também. Né, tem Núcleo que as coisas acontecem dessa forma, infelizmente aqui essa parte podia melhorar um pouco mais. Tem gente que chega aqui e fala, você tem que fazer isso, tem que fazer aquilo mas...às vezes até cobrando a enfermeira aí, tal ... Poxa, vem ajudar também então, vamos vestir a camisa aqui também, e saber das dificuldades que a gente enfrenta no dia a dia, procurar tá aprendendo e ensinando né. Acho que essa figura, do coordenador depende muito do pessoal, depende do Núcleo ... Eu me sinto às vezes, com a enfermeira um pouco rojinho aqui." (Médico1 – Equipe1)

É importante chamar atenção de que os trabalhadores de nível universitário da Equipe 1, são os mais jovens, e com uma escassa experiência na Saúde da Família ou na prática em saúde em atenção primária, se comparados com os trabalhadores das outras equipes. De modo que se coloca, sem dúvida, a questão do saber e do não saber que de certa maneira o espaço da Universidade coloca como uma possibilidade, mas também como um constrangimento, pois se trabalha com "quem sabe muito", e neste sentido a expectativa que vai se conformando em relação ao trabalho desenvolvido e em relação ao outro, é grande.

Tem-se a presença de "experts" (Baremlitt, 1994) que podem oferecer conhecimento e alternativas para quem sabe pouco. Mais uma vez é a força do instituído que se coloca, onde os trabalhadores não conseguem se ver como pessoas que possuem saberes e fazeres diversos e que podem participar da construção de conhecimentos necessários à Saúde da Família, que não apenas os conformados pelo conhecimento tecnológico da saúde e da medicina científica.

Parece que ao se estar próximo à Universidade, necessariamente não se tem o passaporte do conhecimento, para a prática isenta de problemas, do não saber. Há certamente uma idealização quanto ao papel da Universidade, que se expressa tanto nos trabalhadores desta equipe, quando expressam sua solidão no trabalho, como nas outras equipes do município que ao terem pouca proximidade com a o espaço acadêmico

almejam a mesma "proximidade" que goza a equipe cuja coordenação é feita por trabalhadores ligados ao ensino.

"E, talvez, isso falta mais do que de vocês, porque vocês ainda têm a figura do coordenador ... Quando eu fui lá ... vocês ainda tem um certa supervisão ... tem ... vocês ainda têm, tem a parte da psiquiatria, que dá um Supervisão clínica. Aqui a gente não tem nada, né? Tem que ser nós mesmos na supervisão; assim nestes casos, até a gente conseguir dar um caminho para o paciente, nós é que temos que nos virar; isto não tem... na rede, não tem, né? A figura do responsável pelo núcleo; tem aquela equipe lá da universidade; assessoria não tem. Mas lá é um serviço diferente; têm residentes, têm alunos. Então, aí então, tem esta parte então como a gente não tem aqui; então a gente acaba ficando meio jogadinho aqui no nosso cantinho. Né?, às vezes também, né? tem certas coisas que, às vezes, é até um pouquinho melhor, né? porque tem gente que, às vezes, até mais atrapalha que ajuda, né? [...] É, mas acho que seria bom...seria interessante ter alguém para poder discutir assim." (Médico2 – Equipe2)

A questão de uma supervisão clínica é apontada como uma necessidade das equipes de Saúde da Família. De contarem com equipes de especialistas que pudessem oferecer uma retaguarda para a ação clínica das equipes, desenvolvendo ações necessárias ao suporte assistencial em outros níveis como por exemplo, as especialidades do nível secundário de atenção.

"[...]mas eu acho que pensando numa organização ideal, essa seria na minha opinião, ou você ter os Núcleos da Família articulados por médicos, enfermeiros, auxiliares, os agentes comunitários e com a assistência de profissionais, aí entrariam o profissional da saúde mental, o ginecologista, o cirurgião, o psicólogo, o fisioterapeuta, o nutricionista, o assistente social, o que pudesse tá orientando e ajudando na resolução desses...desses problemas, acertando esses problemas que a gente enfrenta aqui não só problema de doença, mas institucional, de emprego, de...de salário, aposentadoria né, tal, foge muito do escopo da saúde né, foge muito. E aí acho que você tendo num nível secundário uma equipe que pudesse tá ligada ao Núcleo, esse...esse seria o ideal, articulando junto com os Núcleos né esse tipo de assistência." (Médico1 – Equipe1)

Campos (1999) discutindo alternativas de reorganização do trabalho em saúde aponta a possibilidade de se estabelecer o que o autor chama de equipes de referência com apoio especializado matricial. As equipes de referência seriam compostas por um conjunto de trabalhadores, a depender do desenho organizacional que se optar, por exemplo, equipes de Saúde da Família, responsabilizando-se por um determinado número de famílias de uma dada área de atuação do serviço de saúde, e que contaria com o apoio de uma equipe de especialistas na linha de apoio matricial, sempre que houvesse a necessidade de se estabelecer um dado projeto terapêutico a ser desenvolvido pela equipe de referência, ou mesmo para supervisionar e apoiar o trabalho de um dado número de equipes de referência.

A narrativa deste trabalhador médico aponta uma certa aproximação a esta idéia de apoio matricial (Campos, 1999) como uma possibilidade de superar algumas das dificuldades enfrentadas na elaboração de alternativas assistenciais para o trabalho da equipe de Saúde da Família.

As equipes têm feito um esforço solitário para desenvolver as ações e não se tem certeza do que se está fazendo é bom ou não, se atendem as expectativas colocadas para o desenvolvimento da Saúde da Família. Buscam um padrão, mas por vezes são padrão para quem começa o trabalho, para outras equipes de Saúde da Família no município.

"[...] porque a pessoa vê né, por exemplo, essa questão...como é feita a consulta que é diferente, ... Vieram todos... todos os agentes, todos os médicos vieram conhecer. A Enfermeira da UBS também. É, pretaram um ônibus. Fecharam a Unidade, eu achei tão engraçado isso, vieram todos juntos, a Enfermeira da UBS, a Enfermeira, também veio, só que ela veio de carro, espremeram um tanto de agentes, depois os outros agentes, em duas visitas ela veio. E a gente tem aqui é... começou com um curso de crochê, deu tão certo pras essas mulheres que tem ah, eu tenho depressão, têm umas que só falavam isso, então vamos fazer um curso de crochê, da nossa cabeça também. Menina, mas foi tão bom tem uma paciente que não saía de casa, nem conversava. Hoje você precisa ver ela fazendo ..." (Enfermeira3 – Equipe3)

Parece que se tem ainda distante um movimento por parte destas equipes (principalmente as Equipes 2 e 3) em estabelecer um processo de reflexão sobre o seu trabalho na direção de processos auto-analíticos e auto-gestivos, identificando a finalidade deste, as diferenças na concepção da Saúde da Família que se fazem presentes no dia-a-dia de

trabalho, a constituição do projeto assistencial construído a partir do trabalho em ato dos trabalhadores, e não apenas no cumprimento ou não das regras e normas estabelecidas. Estabelecer processos auto-analíticos, para reconstruir o processo de trabalho na unidade de saúde ainda é um processo incipiente, talvez não explícito, claro, efetivamente manifesto no universo deste coletivo de trabalhadores.

Apesar da lógica da carência e do desamparo marcar a carne dos trabalhadores das equipes estudadas; por outro lado se encontram presentes: a potência de criação, de transversalidades, a possibilidade de criação da *Obra* coletiva através da Saúde da Família, mobilizando energias, impregnando o trabalho de aridez e dificuldade, mas também de satisfação, reconhecimento, prazer no trabalho. São as contradições que se insinuam e se escancaram no trabalho, fazendo o dia a dia cheio de ruídos; ruídos que podem se fazer dispositivos para a descaptura do trabalho na atenção básica, abrindo as brechas para um outro fazer, para uma outra constituição da equipes e da produção de cuidados de saúde.

*A COORDENAÇÃO DO TRABALHO - a gerência
como ferramenta para a transformação do
processo de trabalho na Saúde da Família*

V. A coordenação do trabalho - a gerência como ferramenta para a transformação do processo de trabalho na Saúde da Família

“O conhecimento se faz a custo de muitas tentativas e da incidência de muitos feixes de luz, multiplicando os pontos de vista diferentes. A incidência de um único feixe de luz não é suficiente e para iluminar um objeto. O resultado dessa experiência só pode ser incompleto e imperfeito, dependendo da perspectiva que em que a luz é irradiada e da sua intensidade. A incidência a partir de outros pontos de vista e de outras intensidades luminosas vai dando formas mais definidas ao objeto, vai construindo um objeto que lhe é próprio. A utilização de outras fontes luminosas poderá formar um objeto inteiramente diverso, ou indicar dimensão inteiramente novas ao objeto.”
(Limoeiro Cardoso apud Minayo, 1998, p.89)

Apesar da NOB - 96 (Brasil, 1997) trazer a diferenciação entre gestão e gerência, neste estudo, a gerência⁴⁴ esta sendo considerada em sua dimensão estratégica para a transformação do processo de trabalho no nível local, e, neste sentido, seu papel é fundamental na articulação das relações entre os trabalhadores, tecnologias nas suas distintas naturezas (dura, leve-dura, leve), projeto político assistencial e contexto onde se insere.

A gerência, nesta dimensão, passa a ser não apenas a instância responsável pelo planejamento, organização, coordenação e controle, mas também, pela mobilização e pelo comprometimento dos trabalhadores na organização e produção de serviços que atendam de fato as necessidades de saúde da população, como também pela interlocução com o conjunto dos movimentos de implementação do SUS. (Ceccim, 2002; Bertussi & Mishima, 2003)

Nesta direção, a gerência implica no exercício de poder dentro de qualquer organização.

⁴⁴ Como já explicitado anteriormente.

“[...] implica em atuar sobre duas frentes: nos âmbitos institucionais, permitindo a consolidação burocrática da organização, de modo que esta organização possa cumprir seu papel de produzir valores de uso; e na dimensão dos trabalhadores desta organização, estabelecendo a possibilidade de construção de espaços de relação entre os trabalhadores de modo que possam estar mobilizados individual e coletivamente para a produção de resultados, ou seja a produção de cuidados.” (Bertussi & Mishima, 2003, p.2)

Ao se falar que a gerência implica no exercício de poder, está se dizendo que em seu exercício cotidiano, cabe à gerência, ou às instâncias gerenciais a possibilidade de tomada de decisão, de exercício de poder nas dimensões: técnica, administrativa e política. (Testa, 1992, 1995)

O poder técnico se define a partir dos conhecimentos utilizados em quaisquer dos níveis de funcionamento do setor saúde. É a capacidade de gerar, aceder, lidar com a informação de características diferentes, onde se pode recorrer a diversas formas de conhecimento: formal ou informal, científico ou popular, do campo da biologia, da medicina, da saúde, da administração e de outras disciplinas. O poder administrativo corresponde ao desenvolvimento de atividades enquanto processos que manejam recursos (incluídos os trabalhadores envolvidos no processo de trabalho em saúde), implica na capacidade de se apropriar e de distribuir recursos, bem como manejar aqueles existentes para atingir o objetivo colocado para o desenvolvimento do trabalho em saúde. Já o poder político seria a capacidade de mobilizar grupos sociais em demanda ou reclamação de suas necessidades e interesses. (Mishima, 1995)

É importante destacar que independente da caracterização que o poder possa assumir dentro do setor saúde, este se volta aos propósitos decisórios assumindo possibilidades de promover mudanças e/ou legitimar situações dadas (Bertussi & Mishima, 2003), sendo que a gerência enquanto instância de poder, pode se compor como uma ferramenta fundamental para impor direcionalidade ao processo de trabalho em saúde.

Nesta direção, Merhy et al. (1991, p.84) a partir de uma experiência municipal (Piracicaba-SP), dizem que *“os modelos assistenciais estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e em uma tecnológica, para expressar-se como um projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais [...]”* De certa forma, esta questão se coloca na fala dos trabalhadores entrevistados.

O manejo cotidiano dos instrumentos de trabalho disponíveis na lida da saúde para viabilizar a dimensão assistencial, e o processo como estes instrumentos são colocados em ação ganha as cores, as nuances, o brilho e a opacidade do projeto que se tem em movimento. Olhar, portanto, para quais instrumentos a Saúde da Família passa a necessitar e colocar em ação na prática dos trabalhadores passa a ser de grande importância. Vamos a eles.

5.1. Os instrumentos para o trabalho na Saúde da Família

Merhy (1997, p.101) discutindo a micropolítica do trabalho vivo na saúde, explicita uma aposta: “[...] na possibilidade de se constituir tecnologias da ação do trabalho vivo em ato e ao mesmo tempo de gestão deste trabalho que provoquem ruídos, abrindo fissuras e possíveis linhas de fuga nos processos de trabalho instituídos [...]” de forma que este processo implique na explicitação de possibilidades “de ‘quebras’ em relação aos processos institucionais que o operam cotidianamente.”

A Saúde da Família pode se constituir em um potente dispositivo nesta direção, uma vez que outros instrumentos e tecnologias diversas podem se fazer necessárias. Os trabalhadores explicitam que são instrumentos de trabalho no exercício da Saúde da Família: gostar do trabalho, gostar de escutar as pessoas e saber trabalhar em equipe, e ainda que o prazer e a satisfação no trabalho mobilizam para mudança no jeito de assistir.

“Ah, sim! Sim, a primeira coisa precisa gostar de medicina, né? porque acho assim que tem colega mesmo que vem no serviço público para cumprir horário, né? Acho que não é por aí, não. Eu acho que você tem que gostar mesmo de fazer; tem que gostar de escutar o pessoal, né? Tem que ter, saber trabalhar em equipe, porque é uma equipe. No começo, tivemos problemas aqui, com uma equipe que o pessoal, enfermeiro e médico, por exemplo, não estavam se dando ... se dando ... Então, você via que o pessoal não conseguia trabalhar muito bem.” (Médico2 – Equipe2)

Campos (2000) fala na possibilidade do trabalho prazeroso se fazer presente na nossa lida cotidiana, ao apontar que existem evidências de que:

“[...] ocorre aumento da fruição de prazer quando é atenuada a predominância do trabalho mecânico, ou quando o trabalhador participa de decisões e são instaurados espaços institucionais onde

todos, ainda que em distintas proporções possam integrar-se em processos criativos [...] O envolvimento de trabalhadores com a construção de projetos e processos de trabalho, etc, mobiliza paixões ao obrigá-los a encarar o “princípio da realidade e as incertezas do futuro criando novas marcas para o futuro. O trabalho sem diversão é apenas uma outra definição para o trabalho penoso, ou seja, desinteressante, ou seja, automático, ou seja, realizado em função de outros motivos que não, centralmente, os ligados ao desejo e interesse do trabalhador. Desligar o desejo do mundo do trabalho é um empecilho à constituição de Obras e também de Sujeitos com capacidade de singularizar-se. A alternativa sugerida seria articular a vocação interna de cada um com demandas e necessidades de outros, o que seria materializado em Obras: um modo de trabalhar, um produto com a marca e o estilo dos que os produziram.” (Campos, 2000, p.133)

Neste sentido gostar do que se faz, assumir outros compromissos é fundamental, não apenas para o trabalho na Saúde da Família, mas esta abre brechas, cria fissuras no instituído para aquilo que o Médico1 – Equipe1 diz: que é preciso *ser humano*. Olhar para além do biológico, para além do que os olhos podem imediatamente captar, ver a “*alma*” das pessoas.

“Você quer assim, pra trabalhar enquanto um profissional, porque eu acho que independe de ser médico, auxiliar, se você me perguntar pra definir em uma palavra, eu definiria. Precisa ser humano. Não só o conceito, enquanto um profissional de saúde você tá olhando tudo, você tá atento a tudo, todas as coisas, saber que aquela criança não ganha peso, porque? A gente se surpreende, às vezes, porque não tem geladeira na casa e a mãe tá dando leite vencido, um leite azedo pra aquela criança. Saber que aquela mulher tem depressão é porque, ou tá com aquelas dores por todo corpo é porque tem depressão, é porque o marido... a situação conjugal é ruim, o filho tá com problema, ou seja porque tá faltando dinheiro, ou tá faltando... acho que se procurasse identificar ... numa palavra é isso: você ser humano. Você acolher, saber acolher aquela pessoa né? Procurar fazer o possível, o possível dentro do que você possa oferecer pra ele, acho que numa palavra é isso né, daquilo... comparando aquilo que a gente vê fora né? Aquilo que a gente vê fora aí da...” (Médico1 – Equipe1)

Não basta estar no trabalho, é necessária a construção do compromisso para além do cumprimento do horário. É necessário que se coloque em ação outro(s) sentido(s), para que aquilo que os usuários

trazem para o serviço de saúde ressoe de forma diferente para o trabalhador. Ao fazer outro sentido, este trabalhador pode se afetar pela demanda que o usuário traz para o serviço de saúde, e incorporar à sua caixa de ferramentas, ao "seu material de bolso" outras ferramentas que se juntem ao estetoscópio do médico, ao termômetro da enfermagem, e assim por diante.⁴⁵

Merhy (1998) discutindo a perda da dimensão cuidadora nos serviços de saúde, fala do estabelecimento de processos onde se utilize mais intensamente trabalho vivo dependente, em modalidades de assistência centradas nos usuários e marcadas por novas combinações entre as tecnologias leves e leve-duras. Matumoto (2003), nesta direção fala pistas que podem levar à materialização das afirmações de Merhy.

"Pistas pedagógicas (Boff, 1997):

- *Compaixão. Assumir perante o outro atitude de igualdade, "sem paternalismo, que rebaixa. Mas sem excluir a 'paternidade' que afirma" (Boff, 1997, p. 25).*
- *Amorosidade. Agir com cordialidade e ternura. Ter afeição pelo que faz.*
- *Bondade. "atrair e transformar pela bondade. Não pela violência" e nem piegas por ser o coitadinho*
- *Confiança no valor do outro. Valorizar as potencialidades do usuário, suas capacidades reprimidas de saber sobre si, de cuidar-se, de ser cidadão*
- *Paciência. Trabalhar em saúde é desgastante, os resultados quase não aparecem, demoram mais do que gostaríamos. Temos que persistir, com paciência*
- *Serenidade. Ter paz no coração e tranquilidade para enfrentar as dificuldades, os obstáculos, as dores e sofrimentos desse caminhar nômade pela vida." (Matumoto, 2003, p.159)*

A Saúde da Família apresenta a potência para se colocar nesta direção, como um dispositivo que se volte mais intensamente para tais combinações tecnológicas visto que o perfil do trabalho está voltado para a escuta, para a criação do vínculo, para o reconhecimento das necessidades do outro, para o estabelecimento de espaços intercessores tanto em relação aos usuários como na relação entre os trabalhadores - o trabalhador deve saber conversar com os outros trabalhadores e com a

⁴⁵ Matumoto (1998) em seu estudo de mestrado aponta que a partir de como os trabalhadores de saúde tomam, compreendem, recortam os problemas de saúde trazidos pela clientela, estabelecem instrumentos e criam possibilidades de acolher ou não aos usuários.

demanda dos usuários, ir além do recorte do corpo adoecido e ter por horizonte o trabalho com a cidadania.

"Eu acho que serve (o PSF) prá... prá exatamente reconhecer os direitos dos usuários e os ... Promovendo o direito do ser humano. Não só... no momento da doença. Não só prá isso... mas como um direito de vida..."
(Enfermeira1 – Equipe1)

Buscar compreender as demandas dos usuários, entender a saúde como direito de vida, exige muitas vezes que o trabalhador se reveja neste processo, uma vez que o instrumental que dispõe para atuar nos serviços de saúde está centrado, mais intensamente, nas tecnologias duras e leve-duras. Trabalhar na saúde com a concepção desta se constituir num direito, ainda não passa por todos os trabalhadores da saúde, nem por todos os trabalhadores sujeitos desta investigação.

Os trabalhadores entrevistados falam da necessidade de um instrumental básico para o trabalho na Saúde da Família, pois esta se constitui na porta de entrada, é o primeiro lugar onde a população procura para que o atendimento à saúde se processe, é onde ela tem o acesso e onde o vínculo se estabelece. Contudo, esta procura se dá de forma obrigatória, compulsória, pois a população da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família não dispõe de outros serviços de saúde, agora organizados para que esta se constitua no primeiro nível de assistência.

"Olha, tem tudo que vc pode imaginar. Tem o atendimento que não é mais feito na UBS X, então tem só aqui. [...] Não (quem mora na área não pode mais procurar lá) No começo o acordo foi assim: olha o paciente tem prioridade, se ele quiser continuar com aquele médico que ele tá lá faz cinco anos, ele pode, ... só na reunião. No dia a dia não acontece isso. "Paciente ó, você hoje não é mais daqui." Devolve. Agora, ainda bem, graças a Deus, que esses que vieram mesmo na marra tão gostando, preferem vir aqui." (Enfermeira3 – Equipe3)

Ser o primeiro nível de assistência, se constituir em porta de entrada, ser o ponto de primeiro contato, envolve a prestação de serviços que sejam acessíveis à utilização destes quando surge uma necessidade de atenção. (Starfield, 2002)

O Ministério da Saúde aponta que

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

Franco & Merhy (1999) criticam a forma de organização da Saúde a Família, por esta não ter uma preocupação de se voltar ao atendimento dos usuários, quando estes demandam para as unidades expressando suas dores e sofrimentos mais imediatos, e que se traduzem para os trabalhadores como a inoportuna demanda espontânea.

Vale a pena trazer Merhy & Franco (2002, p.119) quando afirmam que “[...] O PSF utiliza de modo central uma certa epidemiologia para construir o seu conhecimento do mundo das necessidades de saúde e para instrumentalizar suas ações em torno da vigilância à saúde.” Este binômio - epidemiologia/vigilância à saúde - é importante na organização dos serviços de saúde, mas não é suficiente e nem o centro das intervenções, em muitas das situações vividas nos serviços de saúde. E os autores continuam:

“Há muitas situações nas quais a clínica aparece como o campo de conhecimento competente para atender certas necessidades de assistência, com seu método próprio de intervenção sobre o corpo, singular por excelência. Além disso, a complexidade do mundo das necessidades de saúde é de tal que muitos outros saberes, além da epidemiologia e da clínica devem ser chamados. Por exemplo, o usuário que chega ao serviço, portador de um problema de saúde qualquer, traz consigo registros de sua história pregressa e presente, que fazem parte de sua subjetividade. Uma ação de saúde eficaz, necessita entendê-la, necessita operar sobre o seu território. Há situações em que não cabe a perspectiva de cura, ou de resolução clínica, mas sim a construção de um usuário que administre melhor o seu próprio sofrimento. Produzir este

tipo de saúde não se esgota na clínica, na epidemiologia e nem na Vigilância à Saúde; outros campos de conhecimento precisam ser mobilizados, que agem nos processos relacionais com o usuário, e que estão implicados com a produção de ações acolhedoras, de escutas qualificadas e mesmo com as responsabilizações e compromissos que estes processos comportam, que operam os vínculos sociais, por exemplo” (Merhy & Franco, 2002, p.119)

Assim, ser porta de entrada, ser o primeiro nível de atenção requer que se reveja a forma como os usuários são recebidos e como suas demandas são recortadas como problemas que exigem intervenção da equipe de Saúde da Família ou de outros níveis de assistência.

Neste sentido, a articulação da Saúde da Família ao sistema de saúde é fundamental, uma vez que a demanda a outros níveis assistenciais se faz presente, de modo que hierarquização se constitui em um dos instrumentos de extrema importância para a concepção de porta de entrada, de primeiro contato possa se efetivar. Viabilizar a diretriz da hierarquização é fundamental para aumentar a resolubilidade da atenção à saúde. A expectativa é haver um fluxo de referência e contra-referência para o atendimento de especialidades que possa oferecer retaguarda, que seja ágil e sem burocracia.

“Dentro da Unidade não precisa de muita coisa, porque com o mínimo do mínimo, a gente já consegue muita coisa, mas muita coisa mesmo, uma cobertura grande de um monte de coisa. Com básico ... muito, muito do básico mesmo, aqueles que não tem nada, se abrir PSF consegue resolver muita coisa. Esbarra na hora que você precisa do lado de fora, do secundário, do terciário, aí...aí trava. [...] Nossa! Todas as especialidades, é uma dificuldade tremenda. Se a gente não dá um jeitinho...! E a gente acaba dando jeitinho mesmo porque a gente vê que o paciente tá na nossa mão mesmo, a gente tem que resolver, mas não devia ser assim. Devia ter um fluxo normal que funcionasse e realmente não tem, todas as especialidades, sem exceção. Hoje mesmo eu tava lá na Secretaria agora, por conta de uma criança que foi atendida hoje, ontem lá na Unidade 8 anos, ... puberdade precoce, até menarca já tinha tido, já tinha menstruado. Quer dizer, com 8 aninhos, vão agendar endócrino Agosto. Até Agosto essa menina já desenvolveu tudo o que tem pra desenvolver, e acabou, não tem mais o que fazer! Por isso que eu pequei o encaminhamento dela, tava indo na Secretaria mesmo, fui atrás do pessoal do DAC e falei: ó, isso aqui tem que ser rápido! E tudo

na Prefeitura de Ribeirão é moroso! Nosso encaminhamento vai lá pra UBS Y, a UBS Y manda pra lá pra não sei onde, aí depois de volta pra UBS Y, da UBS Y volta... gente! Só o tempo que ele anda esse papel dá uma semana, fora o tempo pra agendar. [...] Conhecimento precisa, bastante. [...] Instrumento e equipamento é que eu acho que precisa muito pouco. Sabe? Mesmo assim, lá na Unidade não tava equipado com nada! Né, então assim, chegou outro dia uma criança convulsionando, a gente não tinha Diazepam pra fazer, que não deixavam a gente ter Diazepam. Só depois que aconteceu que viram que a gente tinha que ter na Unidade, medicação também sabe controlada assim, não tem jeito de você não ter. Ai a ...as enfermeiras pediram aspirador, tem o balão de oxigênio, então assim, se chegar uma urgência tem como a gente dar aquela...aquele iniciozinho, né? Não é uma Unidade com capacidade física pra isso direito não, mas a população acaba procurando ali. A nossa população ali, ela tem dificuldade pra ir pra qualquer outro lugar, então na hora do vamos ver, não tá interessando se ali tem condição ou não tem condição, eles vão pra ali porque ali que eles conhecem, ali que eles têm a gente pra ajudar. Né, então se a gente não tiver o minimozinho ali a gente se dana na hora, né? Então tem, isso tem, tem..., tem aparelho de pressão, estetoscópio, são... tem... a gente que faz sutura lá, como tem uma sala de procedimentos só, a gente não drena abscesso, essas coisas, porque se você fizer uma coisa, e fazer outra coisa na mesma sala é difícil né? Porque já faz curativo que vai contaminado e que não é contaminado na mesma sala, isso tudo tá errado, a gente sabe que tá errado, mas faz porque... colhe exame, também não é sala pra colher sangue, pra colher as coisas ali, mas é feito ali." (Médico3 - Equipe3)

Entretanto, há grande dificuldade para a articulação, encaminhamento e resolução dos problemas apresentados pelos usuários que dependem de outros níveis de assistência. Parece que se privilegiam os meios e não o fim da assistência que é a produção de cuidados para o usuário final, a qualificação da vida deste usuário que é portador do direito à saúde. Com isto, reproduz-se o modelo procedimento-centrado, deixando ainda distante a organização da assistência usuário-centrado.

Ao ser porta de entrada a Saúde da Família necessitaria de maior densidade tecnológica para o desenvolvimento do cuidado à saúde que se volte ao usuário, densidade esta que pede outras combinações tecnológicas;

combinação de tecnologia leve e leve-dura. Conhecimento precisa, bastante. E precisa de escuta, e precisa de vínculo, e precisa de gente ...

"A importância também a gente ... a gente percebe isso, é conseguindo organizar, você oferecer um serviço de qualidade, uma saúde de qualidade pra população, pra eles é ... a gente percebe isso, na satisfação deles no dia a dia, de conversas com pacientes deles, identificarem a gente como médico deles, isso é legal também. Com a enfermeira deles ... a auxiliar que trabalha aqui na recepção, visita, a agente comunitária que vai na casa, fica uma coisa muito mais pessoal do que uma coisa que a pessoa só vai lá no Posto e é atendida devido a uma queixa ali, tal. Fica muito mais pessoal, a gente cria vínculos aqui." (Médico1 – Equipe1)

Precisa também daquilo que é essencial para se garantir o atendimento às dores imediatas: *criança convulsionando, a gente não tinha Diazepam pra fazer, que não deixavam a gente ter Diazepam. Deveria ter? A medicação específica seria necessária neste nível de assistência?*⁴⁶ Mas ao ser primeiro contato, onde as famílias e as pessoas estabelecem o vínculo, é fundamental se olhar para alternativas possíveis e necessárias, afinal ... *Não é uma Unidade com capacidade física pra isso direito não, mas a população acaba procurando ali.* (Médico3 – Equipe3)

"Ah! É mais de informação. Né? (risos) Que nem elas ... perguntam: 'Tem ginecologista lá? Óh, por enquanto, não tá tendo, porque ... chego a cama, mas não chego os ... o ... o ... o material lá que ... descartável. Tem que usá ...' Mas a gente tá vendo que ... 'Quanto ... quanto tempo faz que cê não faz? Citologia?' A gente pergunta, ela tá 2, 3 anos; 'A gente vai marcá aqui e a gente vai passá avisando quando ... for atendê, né? A gente vem na tua casa e te fala certinho ...' Ou sobre vacina mesmo: 'Lá tem vacina? Não, não tem vacina. Cê tem que ir lá na UBS X, tal horário ...' Sabe? O exame do pezinho ... Ai ... O exame do pezinho ... elas ... às vezes ... fica sabendo ... no ... no hospital, mas ... esquece, sei lá. Não presta atenção. Ai, a gente passa: 'Ó, é tantos dia,

⁴⁶ Em novembro de 2002, o Ministério da Saúde lança a Portaria GM/MS n. 2048, que regulamenta os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, definindo que o atendimento pré-hospitalar fixo seria "a assistência prestada num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência." (Brasil, 2002b, p.22). A portaria traz que o Programa de Saúde da família é um destes serviços, prevendo a estruturação de recursos físicos e materiais necessários ao primeiro atendimento.

né? que aí tem que levá! Qual é o horário que lá na UBS X faz? Só na parte da tarde ...” É assim ... Ah, assim ... eu acho que ... é mais informação, não é? (Risos).” (ACS3 – Equipe2)

Mais uma vez, chama atenção na fala dos trabalhadores, e destes trabalhadores em específico, certa concepção que detém acerca do que entendem da ação do gestor municipal, que traduz na ação política cotidiana, a Saúde da Família como ação focal, de baixo custo, sem a necessidade de oferecer recursos que possibilitem a ação efetiva neste nível de atenção. O que se necessita para trabalhar é o *mínimo do mínimo*, e tudo se resolve na UBS de referência, de modo que a ação da Saúde da Família fica restrita à informação.

Esta é uma contradição que ecoa nos risos do ACS que expressa a compreensão do seu trabalho na Saúde da Família.

Somados a estes instrumentos aqui explicitados pelos trabalhadores, outros ainda estão em construção - combinação de tecnologias necessárias para o trabalho na atenção primária à saúde.

O Ministério da Saúde enfatiza como uma das atribuições da equipe de Saúde da Família *o estímulo à ação intersetorial*.

“A busca de uma ação mais integradora dos vários setores da administração pública pode ser um elemento importante no trabalho das equipes de Saúde da Família. Como consequência de sua análise ampliada do processo saúde/doença, os profissionais do PSF deverão atuar como catalisadores de várias políticas setoriais, buscando uma ação sinérgica. Saneamento, educação, habitação, segurança e meio ambiente são algumas das áreas que devem estar integradas às ações do PSF, sempre que possíveis. [...] a questão social não será resolvida apenas pelo esforço setorial isolado da saúde; tampouco se interfere na própria situação sanitária sem que haja a interligação com os responsáveis pelas políticas sociais.” (Brasil, 1998, p.11)

Estabelecer ações que detenham esta potência é como se adentrar um labirinto a ser percorrido; caminhos que levam a um determinado lugar onde não há saída, e que faz necessário retornar ao início e tentar outro percurso. Tem-se a necessidade de se operacionalizar o conceito de intersectorialidade, mas efetivamente há dificuldades de articular ações para além do setor saúde, para além dos nichos específicos de cada área. É um movimento também de buscar novos sentidos para a ação que se

propõe na Saúde da Família, uma vez que grande parte dos problemas que os trabalhadores se defrontam, muitas vezes fogem a uma ação específica e isolada do setor saúde, como por exemplo a violência, os problemas decorrentes do desemprego e assim por diante.

"Tem ... têm frustrações que a saúde consegue ir até um determinado ponto né, seja ... você se depara com problemas assim, enormes, infâncias, desemprego, violência, tráfico de drogas, né. Mas, eu acho que se você tem um Posto como esse aqui, eu comento, em Ribeirão, que já é uma... um município que já tem uma qualidade de assistência de saúde que é difícil você encontrar até em grandes capitais, como São Paulo, Brasília. Meu avô que morava numa cidade satélite de Brasília, não tinha qualidade que eu poderia oferecer pras pessoas aqui no bairro onde eu trabalho. De medicação que a Prefeitura dispõe nos Postos né, em Brasília por exemplo, é difícil. Em Minas é difícil. Então eu acho assim, você ter um serviço de Saúde próximo onde as pessoas moram, facilita... facilita até pra questões assistenciais assim, a pessoa que tá... não tem o que comer. Então a gente tem crianças de baixo peso, então a questão de você vincular com alguns programas governamentais, por exemplo né, bolsa escola, bolsa... a gente pode tá orientando, porque quem que vai olhar pra essa população, a não ser o agente comunitário que tá indo lá fazendo contato, vendo a ... como que é a moradia daquela pessoa que tá desempregada a tanto tempo. Eu já falo pra enfermeira, gente tenta ver alguma coisa que poderia tá... em qual programa governamental federal que poderia tá inserindo, entender? É, tem, lógico que têm as limitações muitas né, eu acho... precisaria muito mais do que isso, qualificação, problema de qualificação profissional, de requalificação, de inserção no mercado de trabalho. Não adianta você ficar só se valendo dessas... desses programas assistenciais do governo federal e estadual. Precisaria de mais né. Isso é uma das coisas que já há dois anos que eu trabalho aqui tô sentindo falta. A gente esbarra nisso né? A saúde então, nós orientamos, a higiene, cuidado com a alimentação, tomar e lavar as mãos, tal, se tratar. Só dá importância pra saúde quando perde tudo, mas... a gente começa a precisar de... a violência, e o desemprego que a pessoa vai ali vivenciando, é um ex-presidiário não consegue emprego, aí o cara já começa a ir pro tráfico de novo tal, isso entristece um pouco mas não desanima não, eu acho que... Se fala muito no PSF de intersetorialidade né, e isso eu acho uma coisa que pra frente vai precisar se tratar muitos, não dá pra depender... Isso é uma coisa que eu tenho muito... esse negócio, não dá

pra se depender de governo apenas, eu acho que precisa haver uma sociedade harmonizada pra atuando em conjunto, com o governo também. Lógico ele tem o papel dele. Mas tem que haver uma sociedade organizada, ONGs, a própria Universidade eu acho que entra aí também, iniciativa privada, tem que ter isso." (Médico1 - Equipe1)

A intersectorialidade passa não apenas pela construção de ações articuladas no interior do setor saúde, mas na possibilidade de articulação com outros setores da esfera pública e da sociedade em geral, onde se estabeleçam alternativas mais efetivas e compartilhadas com base nos processos de negociação e de participação social. Neste sentido, a Saúde da Família pode se constituir em um potente dispositivo para que estas iniciativas sejam experimentadas. Contudo, para a maioria dos trabalhadores a participação da sociedade, tanto nas esferas mais formais de participação social, como por exemplo as Comissões Locais de Saúde, as Associações de Moradores, como nos espaços de ação da sociedade organizada, ainda não se faz presente nos espaços de vida e de trabalho destes trabalhadores.

A ação intersectorial possibilitaria outros instrumentos para o trabalho na Saúde da Família, mas ainda não consegue sair do discurso, para as questões complexas ligadas às condições estruturais presentes na sociedade e mesmo para as questões "simples" a serem enfrentadas no dia a dia. Outros setores da instância pública e da sociedade também apresentam dificuldades de sair de seu lugar conhecido e buscar alternativas, gerar acontecimentos ... experimentar mesmo correndo o risco de errar.

"Uma coisa que eu vejo e esperaria usar e a gente não está usando. O pessoal fala de intersectorialidade, né? você usar, não ver só a parte assim; às vezes, você dá um jeito no paciente; às vezes, o paciente precisa de uma coisa que não é nem parte da saúde. Eu vejo dificuldade, por exemplo, de dar acesso ao paciente. Por exemplo, a algum tipo de serviço que precisar. Por exemplo, a parte de ônibus aqui: o pessoal reclama que não tem; a Agente fala com o pessoal, mas parece que a gente nem liga; não retorna assim de outras... de outras partes da Prefeitura. Pode ser também que eles queixam a mesma coisa da gente, né? Então, assim, gostaria mais de ... às vezes, de tentar resolver os problemas dos pacientes, porque tenho muitos pacientes alcoólatras [...] Aí eu fico meio assim ... é ... eu encaminho o paciente, muitos vêm para mim e falam que não gostam lá do jeito de trabalhar. Aí eu fico angustiado,

quando eu tenho que referenciar paciente para algum outro lugar; a grande maioria reclama que o pessoal não... não dá muita atenção para eles, porque a parte da referência do nosso serviço, vai para o NCA; é difícil ver alguém falar bem; pessoal vai lá, fala que volta naquele mesmo esquema, né?. Não põe a mão, não conversa, não dá atenção; às vezes, você vem aqui, você até valoriza o paciente; aí você encaminha lá; chega lá o colega não valoriza nada. Então aí fica aquela... "Gente! E agora? O que quê eu faço com este paciente? Para onde eu posso mandar? Já mandei, mas não deram atenção para ele..." Né? Aí, eu fico angustiado: o que quê eu poderia fazer a mais; que quê poderia ajudar; já vim conversar com assistente social alguns casos. O que quê eu posso fazer para ajudar mais. Estou com um quadro de uma família que tem uma filha que tem um retardo mental grave; então, um pessoal muito pobre; então, estou vendo um advogado aí, para ajudar eles. Então, já vi, eles já foram, mas é um pessoal muito simples, você vê que eles não têm muito expediente. Você acaba ... você tem que ligar junto. Aí, você conversa, você tem parente que é advogado, você vê o que quê a gente pode fazer, vamos ajudar." (Médico2 - Equipe2)

Ação intersetorial é muito difícil. Há, portanto, muitas dificuldades para diferentes instâncias e organizações trabalharem em conjunto, compreenderem os limites de suas ações e buscarem as parcerias entre si e com a comunidade. Não há um projeto construído, sistematizado para a efetivação destas ações no âmbito do município.

"[...] eu digo que a equipe tem boa vontade, a equipe em geral tem boa vontade mas os problemas são muito grandes e não dependem da equipe, dependem do relacionamento exterior, de um reforço, sabe? Olha, eu não sinto muito não ... (que a articulação com outros setores faz parte de seu trabalho) Olha, a equipe tem uma ... digamos assim: eu sou agente comunitária, eu chego pra equipe e coloco a situação. A equipe junta, né, decide que seria bom fazer isso ou aquilo e faz. [...] por exemplo, com a Pastoral da Criança que a gente tá conseguindo trazer pra trabalhar na favela conosco né? Por conta das crianças desnutridas né, tem a Pastoral, tem a Multimistura, tem um trabalho de seguimento que seria um reforço pro nosso trabalho. Então na medida que a gente vai conversando os assuntos, há interesse né? Mas eu acho que ainda falta né, ainda falta, por exemplo, é ... o que que eu posso dizer ... talvez não seja papel da equipe, talvez não seja. Eu acho que não é mesmo. Mas a equipe da saúde tem o seu trabalho né, e tem a visão maior que causa a

falta da saúde né no nosso local. Agora precisa que junto com outras forças da comunidade, consiga mudar essas coisas né. Então por exemplo, fomos em busca da assistente social do bairro, ela veio numa reunião, colocou todos os trabalhos que ela faz, que a Secretaria tem à disposição. Veio também uma assistente social da saúde né, e colocou também essas questões, da saúde, do serviço social da saúde e colocou que há essas outras relações né, com outros Órgãos, a intersetorialidade seria né? E ela ... aí ela deixou porque tem uma assistente social do bairro que atende aqui em frente. Então, ela ... aí então o que ela disse, a assistente social do bairro, faz sete anos que ela está aqui né, e que ela não consegue fazer um trabalho além de atender os programas que a Prefeitura tem convênio com o Estado ou ela própria né, tipo renda mínima, cesta básica, leite, essas coisas né. E ela tem feito ultimamente ... ultimamente, há algum tempo né, ela tá começando a trabalhar esses grupos, fazendo idosos, fazendo atividades de artesanato, reunindo os grupo de cesta básica, ela tá fazendo isso também. E ela também sente necessidade dessa, desse intercâmbio né, do nosso trabalho no dela com o nosso, nosso com o dela, a gente atende famílias né afinal de contas né, as dela e as nossas e um pouco mais né? Mas o trabalho dela se concentra aqui porque a área de necessidade aqui é muito maior, nesse ponto né? Aqui onde ela está e onde nós estamos. Ela também tá sentindo isso agora, a Associação de bairro junto com ela está iniciando um projeto pra envolver todo o ... as entidades, as lideranças né? O Núcleo tá incluído. Só que a gente está pensando enquanto associação e assistente social, começando a montar né? [...] Então eu sinto que há essa necessidade de ir lá. (como moradora) Mas ainda não conseguimos sair do Núcleo, assistente social, então a Enfermeira¹ vai, coloca alguma coisa, eu vou e falo, a gente também vai na creche das proximidades, a creche utiliza o serviço social do Núcleo, pra atestado quando uma criança passa mal né?" (ACS11 - Equipe1)

Muitas vezes o que se vê é a reiteração de respostas já conhecidas para situações complexas: o alcoolismo, a violência. Não são males que acometem apenas as pessoas que demandam para os serviços de saúde. São mazelas que nos afligem e nos atingem a todos na vida em sociedade, e, neste sentido, os trabalhadores enfatizam de certa forma a importância de aprender a trabalhar com a intersetorialidade, pois nem todos os problemas que surgem são problemas médicos ou que requerem o profissional médico.

"O resto acho que está bem, eu acho que a gente tem que aprender trabalhar e aprender trabalhar também, que é para a gente poder melhorar a intersectorialidade para a gente poder às vezes resolver um problema para o paciente que está deixando ele angustiado, estressado, às vezes é um problema que não é o médico da família, é com a advocacia, a gente poderia assim, ter mais, ter um jeito da gente aprender trabalhar para a gente poder usar essas, esses... esses caminhos para poder facilitar a vida do pessoal também, né? Acho que é por aí. Às vezes fazer mais visitas, mais a gente acaba ficando naquela lá, às vezes a gente faz mais visita, a agenda vai crescendo, às vezes, vai angustiado..." (Médico2 - Equipe2)

Teixeira et al. (2000) falam em trazer para o trabalho em saúde outros instrumentos como por exemplo "as agulhas e linhas", e por quê não a convivência, a construção de grupos de apoio, as caminhadas terapêuticas, enfim um sem número de outras possibilidades. É aprendido, no dizer deste trabalhador, é trabalho em ato, que se faz processualmente, que se faz cotidianamente para sua construção. É romper com o instituído e abrir as possibilidades para o instituinte se fazer presente. Contudo, como sair do conhecido e se mobilizar para estas outras possibilidades?

Para sair dos formatos conhecidos é preciso arriscar, é preciso deixar as receitas prontas, as definições colocadas a priori para o trabalho. Na Saúde da Família, uma das premissas é a possibilidade de se organizar a atenção à população de um dado território a partir da realidade local, da conformação dos modos de vida e das relações que estabelecem os sujeitos que transitam e que povoam este território.

Nesta direção a Saúde da Família propõe a reorganização das práticas de trabalho estabelecendo algumas ferramentas, como por exemplo: diagnóstico da saúde da comunidade, planejamento e programação local, acompanhamento e avaliação.

Ferramentas já conhecidas da Saúde Pública, do Planejamento em Saúde, mas que podem ser reconstruídos num fazer que não seja apenas tecnocrático. (Moreira, 2001)

Segundo os trabalhadores entrevistados, ainda é ausente uma ação sistematizada para a utilização destas ferramentas de trabalho. No conjunto das entrevistas evidencia-se que não se tem como prática de trabalho o planejamento de atividades gerais para a unidade de Saúde da Família, sendo que na maioria das vezes a definição de prioridades é feita

a partir do recorte biológico individual, para o seguimento dos usuários, a partir das situações trazidas pelo ACS.

"Tu tu tu tu...Não consigo potencializar ... (o uso do SIAB) porque é feito um planejamento muito em cima ainda de casos que o agente traz, que o agente comunitário traz das visitas tal ... agora um planejamento maior ainda não, acho que isso aí é uma coisa que... tá... tá recente o nosso trabalho aqui, mas é uma coisa pra gente pensar em melhorar daqui pra frente." (Médico1 - Equipe1)

Ou seja, o planejamento ainda é realizado focalizado na demanda do ACS, numa ação bastante pontual, muito mais voltada para o problema clínico do usuário ou da família, sendo ainda distante a busca de uma ação voltada para a população residente no território, buscando alargar as ações de prevenção e promoção à saúde, ou mesmo de aglutinar outras parcerias para o estabelecimento de uma rede de apoio às famílias que por algum motivo demandam uma ação mais próxima do serviço de saúde, como por exemplo na situação de um morador acamado, um usuário com transtorno psiquiátrico.

De certa forma, nem mesmo os grandes grupos de risco priorizados pelo Ministério da Saúde e que compõem os grupos a serem acompanhados pelos ACSs e pela equipe de Saúde da Família, e monitorados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB são objeto de preocupação das equipes.

O SIAB é um "sistema para gerenciamento das informações em saúde obtidas nas visitas às comunidades e produz relatórios que auxiliam as equipes de saúde da família, as Unidades Básicas de Saúde (as quais as equipes de saúde da família estão ligadas) e os gestores municipais a acompanhar o trabalho que realizam e avaliar a qualidade do mesmo." (Nichiata & Fracolli, 2001, p.30). O SIAB se constitui em um dos instrumentos que permite o conhecimento da realidade sócio-sanitária da população acompanhada, avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos e readequá-los sempre que necessário.

Entretanto, o SIAB não é tomado pelos trabalhadores das equipes entrevistadas como um instrumento gerencial, que pode ser de grande auxílio para o planejamento da assistência no território, que possa ser utilizado para o processo de tomada de decisão. Tal situação não é diferente daquela encontrada por Silva (2003) ao proceder uma análise da implantação do SIAB na região de Ribeirão Preto, onde evidenciou que o SIAB tem sido

pouco aproveitado para o processo de decisão e planejamento das ações de saúde, no nível local e regional.

Ainda, o SIAB é visto como mais uma tarefa a ser cumprida, principalmente enquanto tarefa do enfermeiro, e não enquanto instrumento da equipe para o planejamento e organização do trabalho.

"Olha...(Tosse) São trabalhadores (dados do SIAB) ... é... pro ensino ... mas ... não pela equipe. [...] Eu não vejo, eu não vejo o SIAB... como sendo um instrumento importante, tanto de alimen ... de alimentação sim, mas de ... de ... de retorno, né? Não só ... não basta só alimentar um banco de dados. O banco de dados tem que te retornar a utilidade. Um pouco ajuda...Alguma coisa ajuda, mas...Talvez assim: as pessoas aqui dentro têm muitas críticas sobre o SIAB. [...] É muito simplificado, né? Um ... um banco de dados muito simplificado. E aí as pessoas ... Num sei. Sabe quando você já começa com...já começa não ligando numa coisa...você não faz. Cê nem faz prá... daí sair críticas e...buscar melhoras." (Enfermeira1 - Equipe1)

"Ainda não, [...] eu acho que... [...] Seria para trabalhar com isso. Uma coisa que isso me preocupou mais, é a questão do planejamento pra família né, essa coisa de pegar a família, identificar as prioridades e planejar como você vai fazer de seguimento pra aquela família né? Isso a gente precisa discutir mais aqui. Agora de planejamento geral eu acho que tem servido pouco, passa pela pequena identificação, pela pouca utilização do SIAB aqui dentro, [...]. Do SIAB que elas têm dificuldades, dos problemas que ele tem, ele é uma ferramenta boa mas pra tá identificando algumas coisas, e ajudar a fazer a outra parte, não é feito." (Médico1 - Equipe1)

"[...] vamos buscar as coisas do SIAB, pra gente entender a nossa realidade aqui. Eu achei a equipe quando eu cheguei lá, completamente perdida assim sabe? Todo mundo. Mesmo as enfermeiras, o médico tava simplesmente atendendo, fazendo atendimento de Medicina. Não tava equipe, sabe? [...] antes de chamar a população vamos primeiro entender o que a gente é aqui, vamos buscar os nossos diagnósticos, e tudo o mais. Cadê o SIAB? Ai tum, acho que aí bateu. Na outra reunião quando a gente levou os dados que aí começou a se cobrar que como os dados não batiam, começou a se cobrar das agentes que esses dados baterem. [...]" (Médico3 - Equipe3)

Além da utilização como ferramenta para tomada de decisão, o SIAB também se constitui em um instrumento de controle do trabalho, ao estabelecer para cada trabalhador e para as microáreas cobertas pela equipe, um monitoramento das atividades e ações produzidas. Contudo, nem nesta direção parece que o mesmo é tomado, visto que os trabalhadores não conseguem identificar como presentes, no seu dia-a-dia, processos de avaliação, de monitoramento das atividades realizadas, do trabalho da equipe, da produção de assistência desenvolvida, mesmo nos seus aspectos numéricos. Os trabalhadores não reconhecem a existência de uma instância de avaliação e planejamento do trabalho.

"Que eu saiba, não tem alguém que faz avaliação do trabalho. [...] É, eu não sei se isso é bom; se isso é ruim. Às vezes, sinto um pouco de falta, para nortear a gente um pouco; porque, como é uma coisa nova, e é ... a gente acaba não tendo assim ... ninguém de nós aqui nunca tinha trabalhado com isso. É o Médico3 que veio agora por último, já trabalhou; então está trazendo muitas coisas que eles faziam lá; mas assim, nós mesmos, quando começou aqui ... a gente fazia o que a gente achava que estava certo fazer, né? Então assim, a gente ficava meio perdido, né? E, às vezes, você quer alguma coisa, né? reclamar de alguma coisa que está faltando e você não tem para quem ligar, né? Eu acho que falta um ..." (Médico2 – Equipe2)

"Bem aí ... Bem, na avaliação ... Tem sido o ... Ah! Não sei! Se a gente tem sido avaliado ... De que forma tem sido ... A avaliação, na minha opinião, por problema ... por problema cultural, um ... uma coisa que ... apesar de ser boa, de repente... não me pareceu não tem sido sistemática. A avaliação não tem ... é ... priorizada ... é ... Não tem sido sistemática assim, no sentido de... de acontecer do decorrer. Por quê? Não tem ... objetivos. Não tem essas metas ... essas metas que a gente tava conversando ... Eu acho a avaliação muito deficiente. Avalia o que ... deu errado ... o que virou problema. [...] E aí parece que ... pra quem tá no dia-a-dia, parece que não tá produzindo saúde. Parece que só tá produzindo problemas e não só problemas de saúde. Mas problemas de relacionamento, problemas de estrutura. Num ... Mas não é bem isso, porque ... ninguém reforça, ninguém faz esforço positivo, em cima de alguma ação, de algum relacionamento, de alguma tentativa. Fazem só avaliação do que não deu certo; o que virou ali; que fi ... que ficou na cara de todo mundo e ... precisa repensar.[...] Então! Não falta quem corrige. (Risos) Quem ... faça críticas [...]" (Enfermeira1 – Equipe1)

Não há avaliação sistematizada do trabalho, do planejamento de ações pela equipe como uma instância necessária para reorganização do trabalho, definição de objetivos e metas assistenciais. Esta questão se reitera para todos os trabalhadores entrevistados. Na fala desta trabalhadora, o que aparece é a avaliação com o sentido punitivo, e não como alimentadora do processo de tomada de decisão para o processamento da atenção à saúde pela equipe, para a readequação do projeto assistencial.

Os trabalhadores das Equipes 2 e 3 se referem, em diferentes momentos, ao processo de "supervisão"⁴⁷ que as duas equipes estão participando com o auxílio de dois técnicos da SMS-RP, sem contudo evidenciar se este processo faz parte de alguma estratégia de acompanhamento ou avaliação por parte da SMS-RP. Nenhum dos trabalhadores destas duas equipes consegue identificar se este é um processo institucional para todas as equipes de Saúde da Família do município, ou se é para esta Unidade de Saúde da Família em particular.

Além desta supervisão externa, há uma reiteração das falas no sentido de que o trabalho da equipe não é avaliado por nenhuma instância da SMS-RP, nem mesmo pelo gerente da UBS a qual esta unidade de Saúde da Família está ligada.

"Nós tamos tendo uma... umas reuniões de supervisão, de apoio com o Dr Fulano e com a Enfermeira Beltrana, que são da Secretaria. Então... essa reunião é uma reunião pra equipe toda, então entra agente comunitário, auxiliar, agente administrativo, é uma reunião quinzenal que nós tamos fazendo. No começo... começou logo que nós viemos pra cá, era semanal, aí nós achamos que tava ficando assim muito pesado, muito cansativo tal, nós mudamos...nós discutimos, na reunião discutimos e foi passado a quinzenal. E ele tem dado respaldo sim, eu acho que faltava um pra gente, ter encontros com a Secretaria, a gente tá tirando dúvida, ahn... tá sendo com eles. [...] E eles...eles tão fazendo esse grupo de apoio, pra gente tá... aprendendo a trabalhar, aprendendo a organizar nosso trabalho, tudo, que é uma coisa nova, todo mundo tá aprendendo. Mas eu sinto assim, como o Dr Fulano, ele é da Secretaria, acaba sendo um elo que a gente se reporta quando tava tendo algum problema, ele nos ajuda." (Enfermeira2 – Equipe2)

⁴⁷ Esta supervisão refere-se ao processo de acompanhamento de dois técnicos do nível central da SMS-RP junto às duas equipes de Saúde da Família ligadas à rede municipal de saúde.

A supervisão externa é vista como um suporte ao trabalho da equipe, sendo que as reuniões de supervisão se constituem em um espaço para se ver como a equipe está trabalhando, é o "apoio" para o conjunto dos trabalhadores. Parece que se constitui no espaço para que os trabalhadores reflitam sobre o seu fazer, sobre as dificuldades existentes no seu dia a dia, na relação que estabelecem uns com outros na sua lida. Enxergam a supervisão como o vínculo mais formal que mantém com a SMS-RP.

"A partir ... de ... era outubro que o Dr Fulano começou a vir. Não tinha, não ... não tinha essas reunião de grupo, que você podia ... fala: "Ah! Hoje é nossa reunião dessa turma ... hoje é reunião da outra turma." Não tinha. Agora que ... [...] Foi ótimo porque é ... tá se tratando muito ... é agora tá se tratando mais de visita, de ... Por quê? Nós não têm tempo pra fazer a reunião. Porque é muito corrido, é muita gente ... é muita gente, então não sei o que; aí então a doutora, ao mesmo tempo que tá ali com a gente, tá lá fora; então, tudo isso tá se perdendo e eu acho que tá se perdendo ... o teor, né? O que foi falado pro grupo era pra fazer a reunião de grupo ... era pra passar tudo que tá acontecendo com a equipe. Aí num ... num pode passar assim tudo, porque num tem ... num tem ... num tem tempo. Tempo ... tá curto. [...] O Dr Fulano ... ele tem sempre ... ele traz ... um ... tema já ... Eles trazem mais ou menos um tema ... numa reunião ... já discute mais ou menos o tema que vai falar na outra reunião; então já sai uma direção ... já mais direcionado, né? As reuniões são boas. Tenho me sentido bem. Sabe porquê? Porque é nessas que a gente consegue falar. A gente consegue falar da Secretaria, do que tá sentindo, a gente consegue falar do ... da outra colega. Já teve lavagem de roupa, já teve ... então é bom ... que eles dá uma abertura boa. Na reunião pequena não dá (pra lavar roupa suja) ... porque ... um colega ou outro também quase ... não tem nada um pra falar mal um do outro, né? Mas tem sempre aquelas picuinha ... tinha, né? Agora, a ... Enfermeira3 andou dando umas cortadas ... a Enfermeira3 andou ... "Não, gente. Vamos procurar, né? ajudar um o outro ..."; a própria ... a Enfermeira2, quando veio aqui ... a outra ... [...]: "Vamos procurar o outro que reuni ... que equipe é isso, né? Trabalhar junto." Equipe é ... [...] Tirou muito. Cortou, porque, às vezes, cê encontra ... igual eu ... encontrei um caso de hanseníase, na minha rua. Mas, na rua da outra menina já tá ... o irmão tá bem adiantado. Eu to ... no meu caso era suspeita e, na outra rua, já é confirmado; só que eu fiquei sabendo do caso na minha rua e

a menina não sabia que, na rua dela, já tinha ... já tava confirmado, já tudo. Então, eu passei a informação pro doutor, pra ela falei: "ô, vai lá dá uma olhadinha, visitar, porque eu acho que ...", porque contar ... antes não podia ter falado. [...] Foi legal (o espaço de reunião). Abriu bem pra gente. Foi uma abertura boa." (ACSS - Equipe3)

Entretanto, não são todos os trabalhadores que entendem desta forma o processo de supervisão e das reuniões da equipe. Para muitos ACS, principalmente das equipes 2 e 3, parece não haver uma compreensão do significado deste espaço de discussão. A supervisão, a utilização de espaços coletivos para discussão se não forem compreendidos: qual sua finalidade, como podem contribuir para a organização do trabalho, podem gerar um não sentido na equipe, principalmente, quando se tem como dado de realidade a introdução de um novo trabalhador na Saúde da Família que é o ACS.

"(risos) Munito!!! Ninguém ...eu sei quem fala que gosta ... é mentira (risos) [...] é chatinha ... (risos) A reunião é chata mesmo. (risos) [...] eu acho que tem receio de falar, sim, né? A maioria tem, sim. Receio. E não fala, não. Vai assistir, fica com cara de tédio ... Dorme um pouco. [...] as vezes eles ficam batendo na mesma tecla. Sabe? Tinha que ter mais ... as vezes fica ali duas ... uma discussão entre duas pessoas ali, sobre uma coisa ... e fica ... e fica lá igual ... sabe..." (ACS3 - Equipe2)

Os espaços coletivos de discussão podem, contudo, se constituir em uma ferramenta importante para o trabalho, uma vez que estes espaços de discussão são importantes para a definição dos projetos terapêuticos para os usuários e suas famílias, para a identificação de situações onde ao conjunto de trabalhadores pode atuar em conjunto, para que as dúvidas sobre o trabalho possam ser trazidas, para a explicitação dos problemas, dos conflitos existentes, de trazer para o espaço público do trabalho esta discussão que pode ser fundamental para o estabelecimento de constituição da equipe.

"É nessa reunião que a gente aproveita assim, vai passando recado, pra dar uma orientação, às vezes elas têm alguma dúvida, alguma coisa em relação, sei lá, a alguma doença, aí, hoje um paciente falou que tem isso, isso e isso, então a gente aproveita essa reunião pra tá informado também as agentes de alguma dúvida que tenha." (Enfermeira2 - Equipe2)

"[...] Ai as enfermeiras ficaram quietas, não falaram nada, eu tô vendo que a coisa ia rolar, ia se decidir mais uma vez sem botar as coisas às claras. Eu peguei e falei: "olha, eu acho que ninguém pode ficar pagando pelo que a outra fez de errado não! Teve um atrito aqui o mês passado que ninguém converrou, e foi dado uma...uma...uma...uma atitude que todo mundo ia ter que tomar junto sem ninguém ter que pagar o pato por isso, eu acho que a pessoa que fez isso devia discutir um pouco mais isso aqui." Na hora a ACS3 viu que a carapuça caiu na cabeça dela e falou: olha, eu acho que pa pa pa e começou ... a coisa apareceu no grupo. Todo mundo meio assim tenso que Nossa Senhora! Mas aí a coisa apareceu no grupo. Eu acho que lá as coisas ficam muito fora da reunião, sabe, ficam muito no ti ti ti. Resolve pelo ti ti ti. Pô, resolver pelo ti ti ti, não dá certo. Tem que trazer o ti ti ti pra dentro da roda e resolver, porque senão aquilo vira uma...uma coisa tão grande que depois é difícil você trazer pra redeia, você trazer pra...pra organização, você não consegue mais manter.(Médico3 - Equipe3)

Os espaços coletivos podem se constituir em dispositivos onde vão para a "roda", as dificuldades, os não explícitos do trabalho e que podem inviabilizar a ação da equipe. É onde pode haver a explicitação das disputas de poder. Entretanto, ter o espaço coletivo para discussão não quer dizer necessariamente que se garantirá a construção da equipe. Pode ser o espaço onde se reitera o aspecto burocrático, duro, com a formalização das relações hierárquicas presentes no trabalho, reforçando a divisão técnica e social do trabalho, não um espaço para a discussão dos aspectos que irão ajudar na construção da equipe, da diversidade presente na equipe, do projeto a ser construído.

Entretanto, será sempre o espaço para o inusitado, se não houver a captura deste esforço, se não houver a captura do trabalho vivo pelo morto, pela matriz presente de que alguns sabem e outros não sabem, de que alguns podem mais que outros. Pode se constituir no espaço para o saber estruturado científico encontrar-se com o saber do senso comum (dos ACS), espaço para deliberação em conjunto. Espaço para compartilhar poder?

Mishima et al. (2000) apontam que uma das possibilidades de transformar a visão da equipe dirige-se

"na busca de uma relação mais horizontalizada entre os agentes presentes no processo de trabalho em saúde, o quer dizer negociar e partilhar o seu poder/autonomia profissional, possibilitando, então compartilhar

conhecimentos (saberes) e decisões. Significa construir uma relação de diálogo entre companheiros (Testa, 1995), uma relação de duas mãos, sem contudo ignorar a diferenciação necessária do conhecimento e mesmo a hierarquia de autoridade, ou seja, sem negar a existência da divisão técnica e social do trabalho, mas ao mesmo tempo, tomando-a como “viva” no processo de trabalho [...]”(Mishima et al., 2000, p.69)

Instrumentos para o trabalho na Saúde da Família, velhos conhecidos que tem potência com a estratégia para ganhar caras novas, novos instrumentos que se buscam colocar em ação, mas que podem ser capturados pelo trabalho morto. Busca de outros significados.

“Apostamos no PSF, no diagnóstico, no planejamento. Mas, durante o processo, percebemos que apostávamos mesmo era no encontro de sujeitos. As ferramentas para o trabalho em saúde estão dadas ou se dando, os saberes constituídos ou em constituição, podendo um ou outro serem utilizados em direção à equidade ou em direção ao aprofundamento das desigualdades. Depende de como vamos utilizá-los, de qual nossa intencionalidade.” (Moreira, 2001, p.156)

Questões que se evidenciam no trabalho da Saúde da Família.

5.2. A possibilidade de uma coordenação técnico-política para o acompanhamento da Saúde da Família no município

Matus (1996a, 1996b) economista, pensador latino-americano que voltou seus trabalhos para a questão do planejamento e das relações com a política, afirma que numa organização todos governam.

“Por isso deliberadamente escrevemos “governo” em minúsculas, para enfatizar, desde o princípio que planejamento e governo de processos são parte da capacidade potencial de todas as forças sociais e de todas as pessoas, a partir de qualquer situação favorável ou adversa.” (Matus, 1996b, p.50)

Segundo Matus (1996a) todos os atores (terminologia utilizada pelo autor) em situação de governo é um ator coletivo, mesmo quando representado por uma só pessoa.

Nesta direção, a partir das afirmações de Matus (1996a), Merhy (2002, p. 153) afirma que há uma distinção entre “os que governam com “G”

dos que governam com “g”, expressando que há agentes da organização que estão em posição de alta direção (“G”), até mesmo de modo formal e funcional, mas há os outros “agentes” que ocupam todos os outros espaços de ação na organização e que governam também (“g”).”

Assim, todos os trabalhadores, estão em posição de tomar decisões, de exercer no cotidiano seu autogoverno, definindo caminhos, apontando e impondo direcionalidades ao seu trabalho.

Matus (1996a, 1996b) define dirigir como a escolha de uma direção e ter a capacidade de persistir nessa direção apesar dos obstáculos que se ofereçam, sendo que afirma que a ação de governar exige que se articulem três variáveis, cada uma dependente e articulada às demais, sendo que este conjunto o autor define como *Triângulo de Governo*. Estas variáveis dizem respeito à:

- “a) projeto de governo: proposta de objetivos e meios;*
- b) capacidade de governo: “perícia” para dirigir; e*
- c) governabilidade do sistema: grau de dificuldade da proposta.”*
(Matus, 1996b, p.50)

O *projeto de governo* pode ser definido a partir do conteúdo propositivo dos projetos de ação que um dado ator se propõe a realizar para alcançar seus objetivos. Este conteúdo propositivo *“é produto não apenas das circunstâncias e dos interesses do ator que governa, mas também de sua capacidade de governo.”* A *governabilidade* é a relação entre o peso das variáveis que o ator controla e as que não controla, sendo que *“quanto maior o número de variáveis decisivas que um ator controla, maior é sua liberdade de ação e, maior é, para ele, a governabilidade do sistema”* (Matus, 1996b, p.51). A governabilidade indica o poder que determinado ator para realizar seu projeto. A *capacidade de governo* é a capacidade de condução ou de direção e

“refere-se ao acervo de técnicas e métodos, destrezas e habilidades de um ator e de sua equipe de governo para conduzir o processo social a objetivos declarados, dados a governabilidade do sistema e o conteúdo propositivo do projeto de governo. [...] A capacidade de governo expressa-se na capacidade de direção, de gestão e de administração e controle.” (Matus, 1996b, p.52)

A proposição estabelecida pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1998) para o PSF, ganha tons e cores no nível local, a partir das necessidades de saúde que se colocam, da conformação da rede de serviços, da

definição da política municipal, fruto dos processos de disputa que se têm em curso, da ação que os gestores imprimem ao projeto de âmbito nacional e dos trabalhadores no exercício de seu autogoverno que definem uma dada direção para o trabalho cotidiano.

Os trabalhadores expressam sua autonomia no desenvolvimento do trabalho, sua compreensão do que fazer, por que fazer, como fazer, mas de certa forma guardam a expectativa de que a organização em que se encontram inseridos deixe explícito o que se espera deles.

Ao mesmo tempo, a busca por um trabalho diferenciado, que possa fugir ao modo hegemônico de produzir ações de saúde, por parte dos trabalhadores "precisa" encontrar ressonância nas instâncias que definem a política no nível municipal, estar de certa forma na mesma frequência.

Fruto das expectativas, expressões dos projetos que portam estes trabalhadores, estes apontam, entretanto, que a forma de organização da Saúde da Família, sem que haja a vontade política para sua implantação pode apenas repetir o modelo tradicional centrado no médico e na doença.

*"Não, não tá. (Secretaria da Saúde dando apoio) num ... sabe assim ... ela
qué que implanta o sistema. Ela tá implantando o sistema ... mas, num tá
querendo. É, ela tá implantando o sistema, sem ela ... sem ela querê, ela
não tá querendo não. Porque o sistema se ... se a gente batê o pé aqui ...
então nós tamo batendo o pé, tá brigando, tá fazendo o trabalho direito,
tamos atrás, tamo tentando fazer, tentando não ... tamo fazendo, né? Eu
não acho que a gente tá tentando, eu to ... a gente tá fazendo. Mas ... pela
Secretaria ... não tem firmeza, não." (ACSS - Equipe2)*

*"Centrada no médico (esquema tradicional de trabalho), o paciente chega
na unidade: "Eu quero o médico." Muitas vezes não precisa passar no
médico; às vezes é um caso de orientação apenas. Então, o que a gente chama
de acolhimento, né? então é difícil, porque a população está acostumada a
procurar o médico; a gente também se formou tudo nesta coisa da
especialidade, do médico atender a doença, né? E acaba, também não tô
vendo, a Prefeitura também não encampou a coisa de Saúde da Família; eu
acho que não está muito assim, parece que quer, mas não quer. Então, estou
sentindo, nós mesmos ainda, ainda acho que nós não estamos ainda na
Saúde da Família [...]" (Médico2 - Equipe2)*

Ela tá implantando o sistema ... mas, num tá querendo. (ACSS - Equipe2) ... Parece que quer, mas não quer. (Médico2 - Equipe2) Modos simples, modos explícitos de dizer que não há direcionalidade pela SMS-RP no sentido de implantar a Saúde da Família como estratégia de reestruturação da rede de atenção básica.

Merhy (2002, p.154) afirma que sempre esta presente uma direcionalidade ao trabalho a ser desenvolvido, ou seja, a falta de expressar claramente a direcionalidade, ou o discurso ser articulado numa direção e a ação em outro, pode indicar certamente, uma dada opção técnico-política.

Nos discursos dos trabalhadores entrevistados reitera-se, principalmente nas Equipes 2 e 3, a falta de uma coordenação técnico-política para o processo de implantação e acompanhamento da Saúde da Família no município.

"[...] Desde o início, eu vejo muita gente falar assim: aí, o que falta no PSF é coordenação! Que a coisa tava assim, muito jogada, realmente foi, a maneira que eu entrei, primeiro que nem falava que é que eu ia tá fazendo, a carga horária que ia fazer tal, eu falei assim: ó, então tá! Aí eu aceitei. E você tá no PSF, então tchau! Depois que teve a capacitação lá do Pólo tudo, até então eu tava assim totalmente... eu tava fazendo oito horas, mas não sabia direito, não tinha noção das coisas. Eu não sei, eu não sei, não tenho uma opinião formada disso, precisaria um coordenador pra isso, uma coisa maior [...] É... a coordenação da montagem do PSF mesmo, sabe? Na montagem, porque a gente percebe assim, na verdade, cada um fazendo a coisa de um jeito, cada um se organizando de um jeito, eu acho que precisaria de uma organização maior, que é uma coisa mais aqui em cima, não nas Unidades."
(Enfermeira 2 - Equipe 2)

A fala da trabalhadora encaminha-se na direção acima apontada, deixando implícita a necessidade de uma instância que conduza o processo assistencial na rede de serviços e na proposta da Saúde da Família que ajude a corrigir os possíveis desvios do processo, que colabore no estabelecimento de regra e normas e que permita o cumprimento do objetivo central da organização SMS-RP, que traduza para o nível local o caminho a se tomar.

Conferir direcionalidade ao trabalho ou possibilitar que o projeto da SMS seja efetivado? A direcionalidade para o trabalho cotidiano, a forma

como a organização do trabalho se fará, mesmo que a equipe local tenha possibilidades desta construção, necessita de um fio condutor, de uma diretriz, que necessariamente não precisa estar escrita, mas necessita estar minimamente explícita. Merhy (2002, p.154) afirma que “sempre esse ator atua apontando uma direção, representada por seu **projeto**, mesmo que este não esteja escrito ou totalmente explícito, suas ações têm sempre direcionalidade [...]”

“Não tem chefe. Não tem chefe. Em Ribeirão não tem chefia, Ribeirão não tem coordenação. Eu acho que o Dr Fulano e a Enfermeira Beltrana (técnicos do nível central) ajudam um pouco nessa...nessa supervisão que eles fazem pra própria equipe. Mas não pra resolver coisas da Unidade junto à administração. Eles acabam...porque acaba parando ali. Então...acho que não tem...eu acho que em Ribeirão tá faltando coordenação. Ou o Dr Fulano assume o PSF, “eu sou o coordenador do PSF”, ou...não adianta ele querer fazer tudo. Tá fazendo de tudo, um pouco! Por isso que tá tão perdido, não tem um...uma pessoa responsável pelo PSF dentro de Ribeirão pra montar, pra organizar, pra ver quais são os problemas, onde que tá parando, onde que tá, sabe? Não tem em Ribeirão Preto isso. Não tem o cabeça!” (Médico3 – Equipe3)

A aproximação destes técnicos do nível central da SMS-RP junto aos trabalhadores das Equipes 2 e 3, vem sustentada por sua ação de governo a partir deste projeto que aponta uma dada direcionalidade (que pode não ser, ou não é captada, compreendida, por estes trabalhadores das Equipes 2 e 3), sua ação é marcada por uma dada governabilidade, que lhes cabe para que possam governar (com “g”) e pelo seu autogoverno, mas constrangida, certamente, pelas outras variáveis presentes. Merhy (2002, p.155) fala que “cada projeto em disputa necessita contar com certos recursos para sua efetivação, porém o ator não os controla, dividindo com os outros a sua **governabilidade**, que é uma certa “balança” entre os recursos que controla e não controla, mas outros atores interessados no processo controlam para a realização de seu projeto.”

As equipes não sabem se há uma orientação da SMS-RP para o trabalho na Saúde da Família, trabalham baseados nas informações escritas do Programa emitido pelo Ministério da Saúde, na sua mobilização interna em produzir um trabalho diferenciado, na ação de educação contínua (não tão contínua) da SMS-RP e do Pólo de Capacitação

e Formação em Recursos Humanos para Saúde da Família⁴⁸, nas informações que recebem de forma esparsa e descontínua da SMS-RP, de forma que há um tom de queixa quanto à ausência de um suporte, um apoio, uma supervisão para as equipes que desenvolvem a Saúde da Família, sendo avaliado pelos trabalhadores das Equipes 2 e 3 que quando ocorre este apoio isto se dá por boa vontade dos técnicos e não por uma definição política da SMS-RP.

"Isso não chegou a ser discutido (uma retaguarda para as equipes de Saúde da Família); eu acho que é muito interessante, se tiver; eu como conheço o pessoal, às vezes, se tiver, eu quero! Igual o pessoal do hipertenso, da diabetes, falei com eles; eles falaram que assim que a gente marcar a reunião, eles vêm e aí conversam com a gente; mas assim, tem que partir da gente ligar para esse pessoal. Também não é nada assim; não sei se eles têm esta obrigação; isso aí, eles vêm de boa vontade deles; não sei se a Prefeitura define: "olha, vocês têm que dar um apoio para a Saúde da Família." (Médico2 - Equipe2)

Não é uma diretriz da SMS-RP a determinação de um coordenador para a Saúde da Família, uma vez que pode se incorrer no risco de se ter mais um programa verticalizado sem a articulação com o processo de produção da assistência. Entretanto, parece ser necessária, uma vez que as equipes se ressentem de uma instância de coordenação que possa se constituir em uma referência para as equipes, possibilitar a difusão de informações para o desenvolvimento do trabalho.

"Mas a visão da Secretaria não é essa não viu? Eu já perguntei pra Fulana de Tal (uma das chefias da SMS-RP), viche! Já várias vezes, "por que que não tem um coordenador? Porque a Secretaria não quer uma figura de coordenador do PSF." Não quer a figura do coordenador pra esse ... Então todos são, todos quem? Todos (os coordenadores do nível central da SMS-RP). Então se eu tenho problema com, vamos supor, com a auxiliar vai pra Divisão de Enfermagem, se for com o médico vai recolher pra Divisão Médica, se for...sabe assim? É mas aí fica tudo igual, tudo...têm coisas específicas, eu acho, eu acho que teria que ter [...] Mas sabe, embora na época quando começou né, aquela coisa com o Dr. Ciclano (médico, vinculado à gestão anterior que atuava

⁴⁸ O Pólo Norte Oeste Paulista de Formação Acadêmica e Capacitação de Recursos Humanos para Saúde da Família, com sede no município de Ribeirão Preto, está passando por reformulações face ao processo em curso no Ministério em Saúde de busca de rearticulação das ações de educação para o trabalho, com a proposta de organização dos Pólos de Educação Permanente.

como coordenador), tinha, tinha além dele que gostava, o Beltrano (outro médico, ligado ao nível central) que contemporizava as coisas, ele direcionava, você queria saber alguma coisa, você falava com ele, ele sabia tudo essas coisas de Ministério, tudo. Eu acho que tem que ter alguém, eu não entendo disso aí, as leis aí, não tem que ter alguém que tem que ter? Como é que você busca um recurso por exemplo...é! Como que você busca um recurso que sei lá, tem alguém como no caso aí, vai ter uma reunião, o Ministério vai chamar, quem que ele vai chamar? Não chama porque não tem!" (Enfermeira3 - Equipe3)

É enfatizado principalmente pelos médicos e enfermeiras das Equipes 2 e 3, a importância de uma instância, uma pessoa que possa se responsabilizar pela coordenação da Saúde da Família no município, contudo consideram que seria necessário alguém que tivesse alguma experiência acumulada na área. Mais uma vez se coloca a questão de se contar com "experts" para o desenvolvimento do trabalho, possuidores de conhecimentos mais precisos de como se trabalhar com a Saúde da Família. Ao mesmo tempo, se coloca implicitamente a necessidade de uma diretriz para o trabalho.

"Eu acho que podia ajudar (uma pessoa para orientar, coordenar o trabalho). Justamente para a gente; só que acho que ... entendeu? vai ser uma pessoa assim que ..., não sei se vai ter experiência, mas uma pessoa, pelo menos, conheça mais de Saúde da Família, o que a gente pode fazer. Não que o Dr Fulano (representante da SMS-RP) e o pessoal não conhece, mas também é ... parece que eles não têm tanta experiência assim como ... acho que, talvez, exigiria o cargo, né? Então, eu acho que é uma pessoa mais para dar uma norteadora no nosso trabalho. Falta; acho que todo mundo ... É. A maioria acha que é unânime; é isso: a gente não tem com quem contar ... a gente se recorre ao Dr Fulano; mas a maioria das coisas não é o Dr Fulano para resolver. O cargo dele não é para ficar responsável pelo Programa de Saúde da Família, principalmente aqui na USF, né?" (Médico2 - Equipe2)

Esta questão não aparece nos discursos da Equipe 1 que mesmo sendo uma equipe de Saúde da Família qualificada pelo Ministério da Saúde como sendo do município de Ribeirão Preto, vincula-se mais diretamente às diretrizes de colocadas pela Universidade na sua proposta de assistência e ensino, padecendo de outras dificuldades que não necessariamente estas assinaladas pelas equipes vinculadas

diretamente ao município. Ao mesmo tempo, chama atenção o fato desta equipe se colocar à parte do processo existente no município, havendo pouca articulação dos trabalhadores à instância municipal, além daquelas definidas para a organização da assistência mais geral.

A existência de uma instância de coordenação do processo de implantação e implementação da Saúde da Família no município é assinalada, portanto, como de extrema importância pelos trabalhadores entrevistados, uma vez que oferece apoio, direção ao trabalho realizado na linha de ponta.

Entretanto, o processo de coordenação / gerência do processo de trabalho na instância local também se faz necessário, no sentido de adequar os princípios e diretrizes do projeto político assistencial, ajudar na explicitação das diferenças de compreensão da tarefa que se tem a empreender, colaborar para a definição de regras e normas para a organização do cuidado a ser efetivado pelas equipes, assim como "compatibilizar" os conflitos que se farão presentes. Nem sempre é o que as equipes encontram.

"O nosso gerente, o nosso chefe é o Dr. X que fica lá na UBS Y. É, eu vou dar minha opinião do que é. Eu acho que como administrador, ele não administra nem a Unidade dele, quem dirá a nossa. Acho que acaba ali, nós decidindo ali qualquer coisa, por exemplo, tirar hora, botar hora, acaba a gente mesmo resolvendo isso, sabe? E usa mais o Dr. fulano, que tá indo lá. O Dr. Fulano é da Secretaria, passa e "ô, tá acontecendo isso, a gente vai fazer isso", pronto, acabou. E nem usa o Dr. X. ... Nas coisas administrativas. [...] Olha, a gente esbarra muito nessa falta de gerência. Que não adianta muito passar o problema pro Dr. X não, que nada se resolve. Cê vê, elas tão pedindo outra auxiliar desde que elas entraram aí, eu acho. A Enfermeira3 já deu várias soluções. A Enfermeira2 já deu várias soluções, elas já foram atrás, já souberam... a mulher até tinha uma que morava ali na área, uma auxiliar que morava ali na área. Não tem até hoje. Não sei onde que emperra na Prefeitura pra... os problemas, onde que pára e que não...e que não resolve, sabe? [...]"(Médico3 - Equipe3)

A expressão dos diferentes trabalhadores aponta reiteradamente a necessidade desta instância local que ajude no processo de organização do processo de trabalho para a produção de atenção à saúde e da organização da equipe. Apontam que no desenvolvimento do trabalho é

necessário um conjunto de regras e normas e alguém que o faça valer, mas para todos os trabalhadores que compõem a equipe. Alguém que saiba reger a equipe, porque por vezes pode haver problema na regência da equipe, e se criar um clima ruim para o trabalho, sendo que esta coordenação / gerência deveria ter como objetivo oferecer respaldo, motivação, suporte para o trabalho.

"Acho que é. (necessária a figura do gerente/coordenador). Todo lugar que a gente trabalha precisa de leis e normas, né? Pra seguir, senão vira uma bagunça, né? Eu acho que precisa sim. Precisa de uma pessoa ... mas também que saiba reger esta equipe." (ACS14 – Equipe1)

"Ah... Eu acho que precisa de um coordenador. Precisa sim. Assim ... é ... não de gerente, mas de uma coordenação. Sim. Como nós temos ... os coordenadores. Eu acho que é muito importante ... prô serviço andar mesmo, que nem...é...por exemplo, em Serra Azul. A gente não tinha isso. Então, num ia. Não andava. Cada um trabalhava do jeito que queria, tava ali só prá ganhar seu dia mesmo de serviço, né? É diferente quando cê tem uma coordenação ... cê tem respaldo ... uma motivação ... Cê vê que alguém tá ... também tá interessado naquele trabalho. Tarem disposto prá te ajudar..." (Auxiliar de Enfermagem1 – Equipe1)

"Prá equipe inteira né? Pra equipe inteira, eu acredito (que precisa de um gerente). Eu acho assim, porque não adianta só eles cobrar da gente, tem alguém que cobre deles. Não tô falando que eles não tão fazendo o trabalho deles. Eu acho que sim, que precisa de um gerente. Que viesse mais vezes, se não é daqui, que viesse mais vezes. Conversasse mais. Porque igual esse dia que foi ... igual ... nós tinha ficado até sem horário de Banco, por causa de um só, quer dizer o gerente que tinha que decidir isso, não é? Não é eles aqui. Um dia que teve uma discussão com uma só, ela tirou até o horário de Banco da gente. [...] Decidiu foi as enfermeira. Por isso que eu acho que quem tem que decidir é o gerente." (ACS10 – Equipe2)

"Ah, eu acredito que precisa (de uma coordenação), porque eu acho que senão vira bagunça, sei lá! [...] sei lá ... porque tudo tem que ter uma pessoa mais ali né, pra ficar no pé. Sabe por quê? Tem ... sei lá ! Tem muita gente, tem gente assim, tem gente que isso não precisa pegar, ficar assim pra ... pra cumprir o que ele tem que cumprir, entender? Mas têm...têm umas que

precisa ... você tem que ficar ali ó, né, tá sempre cutucando ali, porque senão não faz a coisa certa. Acho que tem que ter uma pessoa pra você dar satisfação...é né, do que você precisa do que você não precisa, do que...sei lá, senão vira bagunça se não tiver.” (Auxiliar de Enfermagem2 – Equipe1)

Os fragmentos acima chamam atenção, uma vez que estes trabalhadores apontam dois aspectos importantes a se considerar. O primeiro refere-se a considerar a existência de uma instância que detenha uma ação integrativa necessária ao trabalho coletivo.

“Todo trabalho diretamente social ou coletivo, executado em grande escala, exige com maior ou menor intensidade uma direção que harmonize as atividades individuais e preencha as funções gerais ligadas ao movimento de todo o organismo produtivo, que difere do movimento de seus órgãos isoladamente considerados. Um violonista isolado comanda a si mesmo, uma orquestra exige um maestro.” (Marx, 1980, p.380)

Sem dúvida uma questão importante, mas ao afirmarem isto, tem-se presente o segundo aspecto a ser considerado. Ao chamarem por uma instância que *“arrume e impeça a bagunça”* que pode se originar do trabalho sem uma coordenação, estes trabalhadores colocam-se à parte do processo de tomada de decisão para organizar o processo de trabalho e definir os rumos da ação de produção de cuidados, colocam nas mãos de um outro trabalhador esta tarefa. Parece que não há a compreensão de que no cotidiano de desenvolvimento do trabalho, cada trabalhador, considerado individualmente ou como representando um dado projeto político assistencial, *“encontra diante de si outros atores, que como ele governam e disputam com ele a direcionalidade da situação com os recursos que dispõe.” (Merhy, 2002, p.155)*

Isto quer dizer que, sem dúvida, há necessidade de alguém que conduza o trabalho da equipe, *“Precisa de uma pessoa ... mas também que saiba reger esta equipe.” (ACS14 – Equipe1)*. Reger a equipe pode se dar no sentido de saber conduzir o processo de trabalho favorecendo a explicitação da diversidade presente no conjunto dos trabalhadores e favorecendo processos de auto-análise permitindo que a equipe seja capaz de construir formas de construir sua lida.

“Ah... Eu acho que precisa de um coordenador. Precisa sim. Assim ... é ... não de gerente, mas de uma coordenação. Sim. Como nós temos ... os coordenadores. Eu acho que é muito importante ... pro serviço andar

mesmo, que nem...é...por exemplo, em Serra Azul. A gente não tinha isso. Então, num ia. Não andava. Cada um trabalhava do jeito que queria, tava ali só prá ganhar seu dia mesmo de serviço, né? É diferente quando cê tem uma coordenação ... cê tem respaldo ... uma motivação ... Cê vê que alguém tá ... também tá interessado naquele trabalho. Tarem disposto prá te ajudar... "(Auxiliar de Enfermagem1 - Equipe1)

"Eu acho imprescindível uma coordenação. Imprescindível. Porque senão é muito difícil você pegar um monte de cabeça sem uma coordenação e fazer ela funcionar direitinho. Por exemplo, lá no Município X, a gente começou a trabalhar, juntou duas equipes, não tinha coordenação. Quer dizer, tinha entre aspas né, porque o secretário falava que ele é que era o coordenador! O cara pra fazer tudo tava ali. Tudo bem. Só que ele não ia lá, não sabia o que tava acontecendo lá. Só coordenava assim: tudo bem? Ah tudo bem. Pum! Isso não é coordenar. Então eram duas equipes trabalhando dentro de um lugar só. A outra equipe eram duas pessoas que não tinham perfil nenhum, nenhum, nenhum pra trabalhar em equipe. Eram completamente ego, eram tudo, elas eram o centro, né? Então começou a ter atrito lógico! Uma equipe já tava trabalhando há muito tempo, a outra chegou querendo fazer tudo diferente no mesmo espaço físico, agendamento diferente, prontuários diferentes, sabe, dia a dia diferente, tudo diferente, não dá! Como não tinha uma pessoa pra coordenar, a coisa virou um problema sério, um problema sério! Enquanto não teve uma pessoa pra coordenar, a coisa não...se ajeitou? [...] aqui na Unidade, eu acho que precisaria de uma coordenação pra poder dar direção, sabe? Eu acho que vai acabar conseguindo ter, mas assim, mais moroso, mais demorado. Entendeu? Eles nunca trabalharam com PSF, tão trabalhando agora. Eu tenho um pouco mais bagagem do que eles. Mas pra eu colocar, eu tenho que colocar devagar, não posso chegar e fazer isso aqui, não vou mandar ninguém fazer, o coordenador também não mandaria fazer, mas traria o problema. Você chegar num lugar, ó isso é problema, vamo lá, isso é problema! Que que é? Que que essa mulher veio fazer aqui? Eu fico com receio de sair falando. Tem um monte de coisa na minha cabeça que tem que ser falada, mas eu tô segurando, devagarinho eu tô falando. Se tivesse uma coordenação, não seria mais rápido? O coordenador já não tinha enxergado isso e colocado: "ó, hoje nós vamos parar o dia inteiro pra gente discutir isso aqui." O coordenador que tá mandando. Acho que fica mais fácil. Já pensou eu: "gente, vamos parar um dia nessa Unidade, pra gente conversar sobre essa Unidade?" Que que vão pensar de mim? Entendeu? Eu fico com receio, ainda mais que eu

chequei agora, até na Prefeitura eu chequei agora! Morro de medo!" (Médico3 – Equipe3)

Este trabalhador aponta de certa forma a possibilidade destas equipes (Equipes 2 e 3) que compartilham o mesmo espaço físico, conseguirem gradualmente estabelecer um diálogo e um processo de análise que lhes permita a auto-gestão do trabalho, mas ainda é necessária uma instância para dar a direcionalidade do trabalho, uma vez que ainda é incipiente de forma mais intensiva na prática em saúde, a ampliação dos espaços de discussão de compartilhar decisões, de buscar saídas fora dos âmbitos mais formais de decisão.⁴⁹

"O que eu acho é que esse trabalho e os outros trabalhos que né, todos eles, os que eu faço fora também né, que também tem que ser feita numa equipe né? Eu acho assim que eles precisam, todos eles precisam de uma ... estruturação da equipe né? Mas na medida que alguém assume a figura de poder né, esse alguém que tem a figura, tem o poder né, ele tem que tá tão afinado com a equipe pra que esse poder seja distribuído. Se a equipe conseguir distribuir isso, e reconhecer um coordenador mesmo que seja rotativo né, assim a ... vamos dizer, a organização, tipo quem chama, quem tem a atenção do todo. [...] Seja uma figura que traga segurança, que tenha uma visão do é ... do trabalho como um todo, de quem é quem, onde que tá, sabe? Que se você faltar, quem faz o quê? Entendeu? Eu acho assim, que isso é importante mas essa figura tem que existir, mas de tal forma que ela não ... destrua a construção da equipe. Que não tenha pra si o poder entendeu? Porque à medida que ela tiver poder não é mais uma colega. Ela é uma chefe. [...] A figura da enfermeira até pela visão profissional que ela tem do trabalho e da formação que ela tem de organização e até por ser mulher né, ela ... ela chama pra si essa responsabilidade né, ela chama uma responsabilidade, mas quem chama o poder não é ela ... é o médico [...] Você pode ter um chefe parceiro, ou um coordenador de equipe parceiro, ou você pode ter um todo poderoso. É um perigo você dar poder a alguém até se ele for indefinidamente. Você entendeu? Então, por exemplo, se tem a tendência do médico de ser o chefe porque ele é médico ou porque ele é bom né, então essa é uma possibilidade, então a enfermeira pode ser muito competente, mas não

⁴⁹ É necessário frisar que a Qualidade Total, vem sendo mais largamente utilizada nos serviços de saúde, trazendo esta promessa da participação dos trabalhadores no processo organizativo e decisório, contudo, sofrendo críticas na direção que esta é sempre controlada, constrangida pela definição dos níveis decisórios superiores da organização.

ser a chefe. Entendeu? Porque o médico não entende que ela é a chefe. Você entende isso? Eu acho que você sabe." (ACS11 – Equipe1)

Ao estabelecer a comparação entre companheiro de trabalho e chefe, esta trabalhadora explicita a existência das relações de dominação e subordinação presentes no trabalho em saúde como dificultadoras de se estabelecer outra forma de se organizar este trabalho, de evitar a descaptura do trabalho pela conservação das matrizes presentes na sociedade capitalista e que se reproduzem em todos os espaços de trabalho. *Chefe pode ser parceiro, ou não.* Esta relação se dá em função de como os trabalhadores lidam com o poder que detém, de como se constroem as relações de poder cotidianamente. A compreensão e o uso do poder podem trazer dificuldades para o desenvolvimento do trabalho, pode embriagar, pode levar a equipe passar a reproduzir entre si, e com os usuários a mesma relação de mando e dominação.

É necessário se pensar e buscar uma ação para a coordenação do trabalho voltada para a possibilidade de redistribuição de poder dentro da equipe. Compartilhar poder pode significar o favorecimento da construção da equipe, numa perspectiva da equipe integração, e não da manutenção da equipe agrupamento, onde sempre se tem presente a possibilidade da "destruição".

Retomando Peduzzi (2001) na construção da equipe integração se coloca a possibilidade da construção de um projeto assistencial comum, considerando-se a diminuição das desigualdades entre os diferentes trabalhos e trabalhadores, buscando diminuir a desigualdade nas relações de dominação e subordinação existentes entre os trabalhadores

A gerência poderia favorecer este processo, não só porque *O coordenador que tá mandando*, mas por ser de responsabilidade desta instância a ação de favorecer ações que dirijam à finalidade daquele trabalho, mobilizando ferramentas de trabalho e trabalhadores para a busca dos resultados e da produção de cuidados na unidade de Saúde.

Esta instância gerencial pode ser recriada. A fala dos trabalhadores aponta uma possibilidade, de compartilhar a tarefa da gerência, de quebrar as normas instituídas e se recriar a tarefa de coordenação do trabalho. Poderia ser uma forma de responsabilizar o conjunto dos trabalhadores para a tarefa de organizar o trabalho, de partilhar a tomada de decisão em um processo coletivamente construído. Seria a possibilidade de gerar um acontecimento.

"Não dá pra ficar sem coordenação. Até um membro da equipe mesmo pode coordenar. Entendeu? Um mês sou eu, um mês o Médico², outro mês o Enfermeiro³, outro mês o Enfermeiro² ou agente comunitária ou auxiliar... [...] Revezamento, mas uma pessoa que fosse a cabeça ali naquele mês, eu acho. Sabe? Porque se não tem, não anda, a coisa... não é que não anda, até acaba andando, mas puxa vida, demooooora pra caramba pra chegar onde tem que chegar. Que fica todo mundo cheio de dedo. Você vê as próprias... as próprias reuniões, é que tem problema de agente comunitário, fica no tititi do lado de fora, ao invés de tá dentro da reunião. Acho que falta coordenação. O coordenador viu que tava ali do lado de fora, entendeu? De repente até não precisa, se é que tá trabalhando, não sei. Mas o que eu tenho experiência é que sem coordenação, a coisa desanda. Fica muito sem uma...uma organização, eu acho mesmo, muito solto." (Médico³ - Equipe³)

Baremblytt (1994) aponta que mesmo nos processos auto-gestivos, não se elimina a coordenação do trabalho, a hierarquia de decisão, mas esta instância pode se utilizar dispositivos que criem a possibilidade de em ato os trabalhadores recriarem o trabalho, estabelecerem movimentos instituintes. Recriação do trabalho não significa necessariamente trabalho, ação, alternativa melhor. Recriação do trabalho não é sinônima de *bom* se contrapondo a *ruim*, significa potência para que se gere o novo, que se crie transversalidades, que se estabeleçam brechas para o trabalho capturado pela lógica dura presente na vida e nas relações entre os homens.

Embora as Equipes 2 e 3 estejam em uma unidade de Saúde da Família ligadas a uma UBS, não há a implicação do gerente com as questões da Saúde da Família, sua função é estritamente burocrática, sendo sentido como uma ação distante das questões presentes no dia a dia da equipe.

"Agora, por exemplo, a figura do gerente do Dr X, é ausente. Ele se coloca à disposição quando a gente tem algum problema, mas ele não tá aqui pra ver, pra sentir a coisa." (Enfermeira² - Equipe²)

Não vê, não sente, não se implica com as questões presentes no trabalho da equipe, não se faz elo de ligação entre a equipe e os níveis centrais da SMS-RP, não dispara junto à equipe a possibilidade desta se rever, retomar as possibilidades de construir modos de fazer saúde que levem à produção da integralidade da assistência à saúde.

A equipe carece de informações sobre as questões mais gerais e específicas para seu trabalho, e o coordenador/gerente seria a pessoa que faria o elo entre as equipes, entre os diferentes níveis da SMS-RP, possibilitaria criar estratégias para a articulação entre as equipes e os níveis de decisão.

"Eu acho que um que fizesse tudo, que tivesse ligado aos dois lugares, não sei se o nome seria coordenador, pode ser que o nome seja muito... alguém que ... que fizesse esse elo, talvez o Dr Fulano mesmo, acho que o Dr Fulano mesmo poderia tá sendo isso. Porque eu acho que no fundo, no fundo ele já tá sendo também né? Mas que fosse realmente só isso, que não tivesse outras funções. Ou outra pessoa, ou uma enfermeira, não sei, enfermeira tem uma visão mais de saúde pública né. Eu acho de PSF sei lá. Que nortearse sabe, que fizesse uma avaliação de tantos em tantos meses, uma avaliação escrita, a própria pessoa fazer uma avaliação dela mesma, mas como você faz isso, a gente até pode fazer aqui. A gente ainda não teve pé pra... assim, essa avaliaçãozinha até que vai dar pra... será que não teria que ter uma coisa a mais? Assim mais universal, até pra falar assim, a Unidade Tal tá fazendo assim, vamos tentar aqui? Olha, a equipe tal tá fazendo tal coisa, vamos ver se a gente faz... sabe até pra ter... [...] Porque eu não sei, eu não sei o que acontece noutro lugar, só sei... é que eu pergunto, eu encontro as meninas... eu conheço todo mundo, eu sei o que tá acontecendo porque eu vou atrás, e porque eu vou na Secretaria por conta dessas comissões aí, você vai conversando, vai sabendo, porque do contrário..." (Enfermeira3 - Equipe3)

Os trabalhadores, desta forma, apontam que se ressentem da necessidade desta instância de referência para a Saúde da Família que possibilitasse a troca de experiências entre as equipes que estão trabalhando, que não dispõem de um espaço de discussão em comum. Espaço para a reflexão acerca da construção de uma prática assistencial diferente daquela procedimento-centrada, que povoa o universo dos serviços de saúde, espaço de discussão onde possa se dar a construção prática do conceito de equipe, de trabalho solidário, de favorecimento para o trabalho na Saúde da Família acontecer apesar das dificuldades que se fazem presentes na lida diária, tanto no nível das práticas assistenciais, como naquele referente às definições macropolíticas.

Ainda, ressentem-se da ausência de uma coordenação/gerência no nível local que pudesse ajudar a construir esta direcionalidade do trabalho, criar uma linguagem comum entre a equipe, gerar a possibilidade de transformar esta equipe agrupamento em equipe

integração, ajudar a ouvir os ruídos do dia a dia e a reconhecer os estranhamentos presentes na lida cotidiana, de modo a criar as brechas para o trabalho na direção da produção de cuidados, encontros singulares entre quem cuida e quem é cuidado, entre parceiros do trabalho na Saúde da Família.

Merhy (2002, p.175) afirma que

“[...] os serviços de saúde devem apoiar-se em processos gerenciais autogestivos, publicamente balizados a partir de contratos globais, centrados em resultados e na lógica dos usuários, e dirigidos colegiadamente pelo conjunto de seus trabalhadores (Cecílio, 1994), articulados a uma rede de serviços de saúde regulada pelo Estado e implicados com a produção do cuidado de modo centrado no usuário.”

Os trabalhadores das equipes de Saúde da Família que se fizeram sujeitos desta investigação e que se têm feito sujeitos no processo de construção da Saúde da Família como estratégia assistencial, apontam a possibilidade de se criarem brechas no cotidiano para a recriação do trabalho e da ação gerencial, na direção apontada no excerto acima. Pode ser vislumbrada uma gerência que possa estar implicada, que esteja envolvida no projeto assistencial, em disparar processos de repensar o trabalho, em processos de auto-análise: análise da equipe do que produz, para quê produz, para quem produz, como produz.

A TÍTULO DE FINALIZAÇÃO

VI. A título de finalização

*“Guardar uma coisa não é escondê-la ou trancá-la.
 Em cofre não se guarda coisa alguma.
 Em cofre perde-se a coisa à vista.
 Guardar uma coisa é olhá-la, fitá-la, mirá-la por
 admirá-la, isto é, iluminá-la ou ser por ela iluminado.
 Guardar uma coisa é vigiá-la, isto é, fazer vigília por
 ela, isto é, velar por ela, isto é, estar acordado por ela,
 isto é, estar por ela ou ser por ela. Por isso melhor se
 guarda o vôo do pássaro do que um pássaro sem vôos.
 Por isso se escreve, por isso se diz, por isso se publica,
 por isso se declara e declama um poema:
 Para guardá-lo:
 Para que, por sua vez, guarde o que guarda:
 Guarde o que quer que guarda um poema:
 Por isso o lance do poema:
 Por guardar-se o que se quer guardar.” (Antonio
 Cícero, 2001)*

Esta é a entrada do Projeto Ethos de Atenção à Saúde, Projeto da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. E tomando o poeta: *Guardar uma coisa é olhá-la, fitá-la, mirá-la por admirá-la, isto é, iluminá-la ou ser por ela iluminado. [...] Pois bem, o documento, produzido no ano de 2003 e explicitado em diversos fóruns do município (Conselho Municipal de Saúde, Painel sobre as Relações entre Universidades e Secretaria Municipal de Saúde, VI Conferência Municipal de Saúde⁵⁰)* traz a proposta que a SMS-RP elaborou, através de seus técnicos, para a reorganização da assistência à saúde na rede básica de saúde do município, e convida a todos fitá-la, olhá-la. Poderia dizer, *iluminá-la ou ser por ela iluminado*, na direção de quais sentidos que a proposta desperta, aguça no leitor.

“A Secretaria Municipal da Saúde, como organização responsável pela atenção à saúde da população, gestora do Sistema de Saúde Municipal, na modalidade de gestão plena, neste documento – Projeto “Ethos” de Atenção à Saúde – apresenta sua proposta de ações visando um impacto edificante na qualidade da assistência à saúde oferecida e na

⁵⁰ Etapa municipal da XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Ribeirão Preto, de 26 a 28 de setembro de 2003.

qualidade de vida dos moradores de Ribeirão Preto. Isto é, este documento, propõe as bases da ação social e da política de saúde para o município". (Ribeirão Preto, 2003, p.5)

O compromisso que se coloca logo de início no documento é o da SMS-RP oferecer diretrizes para o trabalho na rede de serviços de saúde do município. É importante destacar que um dos aspectos assinalados no documento, refere-se ao fato de que há o reconhecimento de que mesmo com uma sensível melhora no acesso dos usuários em termos físicos, com unidades de saúde distribuídas em todo município sustentadas pelos princípios da Reforma Sanitária, todos os esforços

"não tem conseguido fazer valer a garantia do direito à assistência à saúde da população de Ribeirão Preto segundo os preceitos da Constituição: universalidade, equidade, integralidade e ainda no que diz respeito a resolutividade e a humanização da assistência. Esta situação tem gerado insatisfação não só da população usuária, mas também, de trabalhadores, gerentes e gestores. [...] enfim, vive-se um paradoxo fundamental: ampla rede física e de recursos humanos, servida de tecnologia de ponta da mais alta qualidade e, ao mesmo tempo, um "modo-de-trabalho" muitas vezes não resolutivo, dispendioso, não cordial e impessoal, que não atende aos clientes de forma integral e acolhedora." (Ribeirão Preto, 2003, p.6-7)

A partir destes aspectos mais gerais e que compõem uma caracterização do sistema público de saúde municipal, o documento aponta como diretriz proposta *"Consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS) redirecionando o eixo do modelo tecnoassistencial para a Atenção Básica à Saúde."* (Ribeirão Preto, 2003, p.7) elegendo a Saúde da Família como norteadora deste processo, enfatizando dentre outros pontos a *"adequação das formas de gestão, organização e avaliação do trabalho na rede pública considerando as dimensões técnicas, políticas, sociais, culturais e subjetivas envolvidas. O planejamento ascendente, a descentralização dos níveis de decisão, a publicização das informações, critérios e instrumentos de gestão/gerência, seriam exemplos da mudança desejada."* (Ribeirão Preto, 2003, p.9).

"A estratégia principal que dará a sustentação a todas que adotaremos em nosso município será a CO-GESTÃO" (Ribeirão Preto, 2003, p.10)

Outros aspectos são apresentados, como a definição de equipes de referência, o estabelecimento de espaços colegiados de gestão, a

construção dos Distritos de Saúde Escola, a organização dos níveis de atenção, o desenvolvimento do planejamento ascendente e integrado, com a instrumentalização dos trabalhadores das unidades de saúde, para “operarem dados, informações e indicadores de saúde” (Ribeirão Preto, 2003, p.22), a definição de um fluxo de referência e contra-referência, o incremento do componente avaliação do sistema de atenção à saúde, o incentivo à expansão das Comissões Locais de Saúde, como um componente vital para o pleno exercício da participação social.

O Projeto Ethos explicita na positividade, o “ausente”, a negatividade que os trabalhadores entrevistados apontaram a todo o momento: *a falta de direcionalidade e coordenação técnico-política pelo município para o trabalho empreendido na proposta da Saúde da Família; a ausência de instrumentos voltados para a avaliação do trabalho desenvolvido; o estabelecimento de espaços coletivos para a produção conjunta de decisões sobre o modo de processar a assistência.*

O projeto passa a explicitar formalmente qual o eixo da reorganização da assistência na atenção básica, e qual o eixo da gestão dos processos produtivos. Ainda, no nível discursivo? Ainda não se fazendo sentir no cotidiano as intencionalidades no nível mais operacional do sistema?

Campos (2000) no seu livro *Um método para análise e co-gestão de coletivos*, logo de início diz da necessidade de se empreender um esforço para repensar o significado e o modo como se organiza o trabalho, e aponta:

“Um esforço de crítica e síntese. Uma crítica às concepções dominantes dos modos para analisar e gerir o trabalho em equipe. A idéia de que a gestão é uma tarefa coletiva – sistemas de Co-Gestão – e não somente uma atribuição de minorias poderosas ou de especialistas. O exercício do co-governo dependente da produção simultânea de Espaços Coletivos que cumpririam três funções básicas:

- uma clássica, de administrar e planejar processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso;*
- outra de caráter político, a co-gestão como uma forma de alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições;*
- e ainda uma pedagógica e terapêutica. A capacidade que os processos de gestão têm de influir sobre a constituição de sujeitos.”* (Campos, 2000, p.14)

De certa forma, estas questões estão colocadas no Projeto Ethos. É a promessa que se coloca para o trabalho na rede básica de serviços de saúde no município de Ribeirão Preto. Promessa que pode se concretizar com o esforço coletivo, com o exercício do governo, com "g" daqueles que constroem cotidianamente os serviços da rede básica, que trazem para o trabalho seu suor, sangue e o brilho nos olhos, sua disposição para a lida na saúde e, em especial, dos trabalhadores da Saúde da Família, que talvez de um modo mais incisivo que em outros arranjos tecnoassistenciais, têm a possibilidade de fazer dos ruídos presentes no dia a dia processos criativos de se atuar na produção da assistência à saúde. Ouvir os ruídos, fazer um movimento de estranhá-los para que possam ganhar novos sentidos, este parece ser o desafio.

Na Saúde da Família, os ruídos são freqüentes e a possibilidade de estranhamentos infindável: o ACS que se insere 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 da saúde ultrapassando seus muros ganha nomes e feições facilmente reconhecidas pelos usuários; equipe que necessita exercer ao máximo a escuta e não apenas ouvir os novos significados de vida trazidos pela proximidade com os usuários, que agora têm rostos mais definidos, que ganham nomes, endereços, casas de diferentes formas e aparências, parceiros, filhos, agregados, que podem nos negar a acolhida em suas casas, enfim gente que ganha identidade.

Infindáveis possibilidades que podem ganhar ressonância no trabalho, gerando a possibilidade de acontecimentos, de novas formas de produzir cuidados e de gerenciar estes processos.

A título de finalização é uma tentativa de por um ponto final, num processo permanente de produção de conhecimentos e práticas. Talvez a parábola trazida por Boff apud Fortuna (2003), que vou tomar emprestada para ajudar no ponto final, possa traduzir um pouco o desafio do caminho a percorrer.

"Era uma vez um boneco de sal. Após peregrinar por terras candentes e áridas, chegou a descobrir o mar que jamais vira e por isso não podia compreender. Perguntou o boneco de sal:

- Quem és tú?

E o mar respondeu:

- *Eu sou o mar!*

Tornou o boneco de sal:

- *Mas que é o mar?*

O mar respondeu:

- *Sou eu!*

- *Não entendo – disse o boneco de sal.*

- *Gostaria muito de compreender-te ... Como faço?*

O mar respondeu:

- *Toca-me!*

Então o boneco de sal, timidamente, tocou o mar com a ponta dos pés.

Percebeu que aquilo começou a ser compreensível. Mas, logo deu-se conta:

- *Veja só: desapareceram as pontas do meus pés?! Que me fizestes, ó mar?*

O mar respondeu:

- *Tu deste alguma coisa para que pudesse me compreender.*

E o boneco de sal começou a entrar lentamente mar adentro, como quem vai fazer o ato mais importante da sua vida. Na medida em que entrava, ia se diluindo. E nessa mesma medida ia compreendendo mais e mais o que era o mar. O boneco ia repetindo de si para consigo a mesma pergunta: Que é o mar? Até que uma onda o tragou totalmente. E ele pôde ainda dizer no momento de ser diluído pelo mar: “sou eu !”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

.....

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.C.P. et al. A classificação internacional da prática de enfermagem em saúde coletiva no Brasil - CIPESEC/ICN/ABEn e o processo de trabalho. In: CHIANCA, T.C.M.; ANTUNES, M.J.M. **A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESEC - Série Didática: enfermagem no SUS**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999. p. 46-56.

ALVES, R. **E aí? Cartas aos adolescentes e a seus pais**. Campinas, SP: Papirus: Speculum, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: Teoria e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1994.

BERTUSSI, D.C. **Desenvolvimento gerencial em saúde: limites e possibilidades**. 2002. 282p. Dissertação Mestrado - Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

BERTUSSI, D.C.; MISHIMA, S.M. O desenvolvimento gerencial como intervenção estruturante da atenção básica de saúde. In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA 5., CONGRESSO NACIONAL DE REDES EM SAÚDE 1., MOSTRA PARANAENSE DE SAÚDE DA FAMÍLIA 2., 2003, Londrina, Paraná. **Relatório final da Oficina de Trabalho**. Londrina, 2003, p.1-18.

BICHUETTI, J. **Crisevida**. Outras lembranças. Coleção Esquizoanálise e Esquizodrama. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari, 2000.

BOBBIO, N. **Igualdade e liberdade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. IX Conferência Nacional de Saúde. **Cadernos da Nona** - Descentralizando e democratizando o conhecimento. Brasília: UnB, 09 a 14 de Agosto de 1992.

_____. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / SUS** - NOB1/96. Publicada em 06/11/1996. Brasília, 1997.

_____. **Saúde da Família: uma estratégia para a**

reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez centros urbanos**. Síntese dos principais resultados. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sarah Escorel (coordenadora). Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência**: Portaria GM/MS n. 2048, de 5 de novembro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. **Relatório de Gestão**. Departamento de Atenção Básica, 1998-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

CAMPOS, G.W.S. et al. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989.

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

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. Cap. 2, p. 29-87.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. Cap. 7, p. 229 - 266.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

_____. **Um método para a análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CASTANHEIRA, E.R.L. **Gerência do trabalho em saúde**: desenvolvimento histórico da administração em saúde nos serviços públicos do Estado de São Paulo. 1996. 196p. Dissertação Mestrado - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CECCIM, R.B. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. **Bol. da Saúde**, v. 16, n. 1, p. 9-36, 2002.

CICERO, A. Guardar - Poemas escolhidos. In: MORICONI, I. **Os 100 melhores poemas brasileiros do século**. São Paulo: Objetiva, 2001.

CHIZZOTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. São Paulo: Nova Fronteira, 1995.

FORTUNA, C.M. **O trabalho em equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades**. Em busca do desejo, do devir e de singularidades. 1999. 236p. Dissertação Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

_____. **Cuidando de quem cuida**. Notas cartográficas de uma intervenção institucional em prol da montagem de uma equipe de saúde como engenhoca mutante para a produção de vida. 2003. 204p. Tese Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FORTUNA, C.M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M.J.B.; MISHIMA, S.M. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 272-281, 2002.

FRACOLLI, L.A.; EGRY, E.Y. Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde? **Rev.Latino-Am.Enfermagem**, v. 9, n. 5, p. 13-18, 2001.

FRANCO, T.; MERHY E.E. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. Campinas, 1999.

GALLO, E. (org.) **Razão e planejamento**. Reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo-Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

GOMES, R. Introdução à Metodologia da Pesquisa. Apresentado no curso de Introdução à Metodologia da Pesquisa. Associação Brasileira de Enfermagem, 1999, Ribeirão Preto.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

JUNQUEIRA, L.P. A gerência na dos serviços de saúde. In: BRASIL.

Cadernos da Nona. IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília: UNB, 9 a 14 de Agosto de 1992. v.2, p.85-89.

KRAKOVICS, F. Auditoria aponta falhas no Programa de Saúde da Família. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 28 out. 2002. Caderno Brasil, p.4.

MACHADO, M.H. (Coord.). **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. v.1, Brasil e Grandes Regiões.

MARX, K. **O capital.** 5.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980. v.4.

MATUMOTO, S. **O acolhimento:** um estudo sobre seus componentes e sua produção em unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. 219p. Dissertação Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

_____. **A possibilidade de invenção de formas de acolher o usuário pela constituição da grupalidade.** 2003. 174p. Tese Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S.M.; PINTO, I.C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 233-241, 2001.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo.** Brasília: IPEA, 1996a. v.1 e v.2.

_____. **Adeus senhor presidente.** Governantes governados. Tradução Luiz Felipe Rodriguez Del Riego. São Paulo: FUNDAP, 1996b.

MENDES, E.V. (Org.) **Distrito sanitário.** O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995.

MENDES GONÇALVES, R.B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. **Cadernos Cefor.** Série Textos nº 1. São Paulo: SMS-SP/Centro de Formação dos Trabalhadores de Saúde. 1992.

MENDES GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** características do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MERHY, E.E. et al. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida. **Saúde em Debate**, n. 33, 83-89, 1991.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997, p. 71-112.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; SANTOS, A.D.; MERHY, E.E. (orgs.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**. Reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

_____. **Saúde**. A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Programa de Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 118-122, 2002.

MINAYO, M.C.S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde**. 5.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1998.

MISHIMA, S.M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. 1995. 355 p. Tese Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MISHIMA, S.M. et al. Reflexões acerca da gerência do cuidado de enfermagem na rede básica de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., 1998, Salvador. **Anais**. Salvador, 1998, p.179-186.

MISHIMA, S.M. et al. O velho trabalho em equipe pode ganhar cara nova? Uma perspectiva do trabalho gerencial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.24, n. 54, p.66-74, 2000.

MISHIMA, S.M. et al. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? - alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Estudos e Análises**. Brasília: MS, 2003. p. 137-156.

MOREIRA, M.I.G.B. **Diagnóstico em saúde como instrumento do programa de**

saúde da família - possibilidade de construção de espaços coletivos para a construção de sujeitos?. 2001. 203 p. Dissertação Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma e reformar o pensamento. Tradução Eloá Jacobina. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

MOTTA, P.R. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. 11. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

NICHIATA, L.Y.I.; FRACOLLI, L.A. O Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB como um instrumento de trabalho da equipe no Programa de saúde da Família: a especificidade do enfermeiro. In: BRASIL. Instituto para Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.29-33.

PAIM, J.S. Reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E.V. (Org.) **Distrito sanitário**. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995. Cap. 4, p. 187-220.

PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família, na perspectiva da promoção da saúde. Apresentado no Seminário Estadual - O enfermeiro no PSF, 2000, São Paulo.

_____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PESSINI, L. O cuidado em saúde. **O mundo da saúde**, São Paulo, Ano 24, v. 24, n. 4, p.235-236, jul./ago. 2001..

RIBEIRÃO PRETO (cidade). Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto - SP. **Projeto "Ethos" de Atenção à Saúde**. 2003.

RIBEIRÃO PRETO. Plano Municipal de Saúde 2001-2004. Disponível em: <http://www.coderp.com.br/saude>. Acesso em: 22 abr. 2003.

RIVERA, F.J.U. **Agir comunicativo e planejamento social**. Uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

SÁ, M.C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 151-164, 2001.

SANTOS, R.V. O processo histórico e social do trabalho e sua repercussão sobre a saúde. **Saúde em Debate**, n. 36, p.51-57, out. 1992.

SCHRAIBER, L.B. **O médico e seu trabalho**. Limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES GONÇALVES, R.B. Necessidades de Saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES GONÇALVES, R.B. (Orgs.) **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. Cap. 1, p.29-47.

SILVA, A.S. **Análise crítica do SIAB e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo**. 2003. 109p. Dissertação Mestrado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, R.A.; MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.J.B. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde - a assistência à saúde da família. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.53, n.2, p.193-206, 2000.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Tradução Walquíria Maria Franke Saltineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

_____. **Pensamento estratégico e lógica de programação**. O caso da saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.

VASCONCELLOS, M.P.C. Reflexões sobre a Saúde da Família. In: MENDES, E.V. (Org.) **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. Cap.6, p.155-172.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M.; PEDUZZI, M. A pesquisa em enfermagem fundamentada no processo de trabalho: em busca da compreensão e qualificação da prática de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51 e CONGRESO PANAMERICANO DE ENFERMEIRA, 10, 1999, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis, 1999, p.259-277.

BARBOSA, P. Gerência de serviços de saúde: competência política ou capacidade administrativa. **Saúde em Debate**, n. 23, p.79-81, 1988.

BRAVERMAM, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

CECÍLIO, L.C.O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CUNHA, M.T.R. **Gerência enquanto instrumento para mudanças em um serviço substitutivo de saúde mental no município de Uberaba** - estudo de caso. 2003, 98. Dissertação Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

JUNQUEIRA, L.P.; INOJOSA, R.M. A gerência na eficácia da prestação dos serviços de saúde. In: BRASIL. **Cadernos da Nona**. IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília: UNB, 9 a 14 de Agosto de 1992. v.2, p.125-132.

MÉDICI, A.C.; SILVA, P.L.B. A administração flexível: uma introdução às novas filosofias de gestão. **Revista de Administração Pública**, v. 27, n. 3, p. 25-36, 1993.

MISHIMA, S.M.; CAMPOS, A.C.; TEIXEIRA, R.A. Perfil das equipes de saúde da família e necessidades de capacitação. **Relatório de Pesquisa**. CNPq. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2001.

SILVA JUNIOR, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**. O debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SOUZA, M.F. (Org.) **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.

TEIXEIRA, R.A.; MISHIMA, S.M. Perfil dos trabalhadores de enfermagem no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.53, n.3, p.386-400, 2000.

TEIXEIRA, R.A. **O trabalho da enfermeira na Saúde da Família: potência de (re)construção do modelo assistencial e (re)criação do trabalho de enfermagem?** 2002. 152p. Dissertação Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ANEXOS

.....

ANEXO I
Anuência do Comitê de Ética em Pesquisa

OF. N°.365/02/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP . 21.08.2002.

Senhora Professora,

Vimos na presente oportunidade comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 11ª reunião ordinária, realizada em 20 de agosto p.p., analisou e apreciou o parecer do relator, referente ao Projeto de Pesquisa: **"A gerencia de serviços de atenção primária à saúde: elemento para manutenção ou para transformação?"**, Protocolo:0022/02/CEP/CSE-FMRP-USP.Foi aprovado.

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.

Sendo o que tínhamos para o momento, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Antônio Ribeiro Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.
Prof. Dr.ª. Silvana Martins Mishima
Departamento de Enfermagem Materno
Infantil e Saúde Pública da EERP-USP

ANEXO II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Sr(a): _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa ***A gerência de serviços de atenção primária à saúde: elemento para a manutenção ou para a transformação??***

Este projeto tem como temática a prática gerencial nas unidades de atenção básica, tendo por objetivo central analisar a percepção das equipes de Saúde da Família acerca do papel desempenhado pela gerência apontando possibilidades e limites para que esta possa se constituir em um dispositivo de ação na direção de transformações no processo de trabalho, nas unidades que dispõem de equipes do Programa de Saúde da Família - PSF no município de Ribeirão Preto.

Assim, gostaríamos de contar com sua participação respondendo a entrevista dirigida aos trabalhadores que atuam nas equipes de Saúde da Família. As entrevistas serão gravadas em fitas eletromagnéticas que serão destruídas ao término da pesquisa,

Sua colaboração será muito importante para a realização deste projeto. As informações/ opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes. Ainda, a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento.

Agradecendo sua colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação que você julgar necessária, e aguardamos o mais prontamente possível sua confirmação quanto à participação nesta pesquisa para que possamos agendar a entrevista.

Atenciosamente.

Dr^a Silvana Martins Mishima

Professora Doutora junto ao Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Telefone para contato: (16) 602-3429 ou 602-3391

Eu _____,

aceito participar da entrevista do projeto de pesquisa ***A gerência de serviços de atenção primária à saúde: elemento para a manutenção ou para a transformação??***, em data e local marcados antecipadamente, e estou ciente de que a entrevista terá seu resultado tratado sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2002.

Assinatura

ANEXO III

Roteiro para entrevista semi-estruturada com médicos e enfermeiros

Dia: __/__/__

Início: _____ Término: _____

Unidade: _____

IDENTIFICAÇÃO

1- Profissão : médico () enfermeiro ()

2- Sexo : masculino () feminino ()

3- Data de nascimento : __/__/__ Idade: _____

Local em que residia antes de se fixar no município atual: município: ____ Estado: ____

Local em que reside atualmente: município: _____ Estado: _____

Tempo de residência no local atual: ____

FORMAÇÃO

Instituição formadora: _____

Entidade mantenedora: Pública () Privada ()

Localização: _____

Ano de Conclusão: __/__/__

Pós- graduação: sim () não ()

() residência - Área: _____

Instituição: _____

() especialização (acima de 360 horas) -Área: _____

Instituição: _____

() mestrado - Área: _____

Instituição: _____

() doutorado - Área: _____

Instituição: _____

() outros - Área: _____

Instituição: _____

() atualmente cursando - Área: _____

Instituição: _____

Atividades de capacitação profissional:

3.1. Para o PSF: sim () não ()

Local: () DIR XVIII

() Polo de Capacitação FMRP/EERP - USP

() Programa específico no município

() Outros - Especificar instituição ministrante _____

Tipo do curso: _____ Duração: _____

3.2. Introdutório (treinamento para equipe toda): sim () não () Duração: ____

Local: () DIR XVIII

() Polo de Capacitação FMRP/EERP - USP

() Programa específico no município

() Outros - Especificar instituição ministrante _____

3.3. Sequencial: sim () não () Duração: ____

Local: () DIR XVIII

() Polo de Capacitação FMRP/EERP - USP

() Programa específico no município

() Outros - Especificar instituição ministrante _____

MERCADO DE TRABALHO

1- Você já trabalhou anteriormente em serviços da rede básica de saúde pública: sim () não ()

Duração: _____ Local: _____

Duração: _____ Local: _____

Duração: _____ Local: _____

2- Você já trabalhou anteriormente no PSF: sim () não ()

Duração: _____ Local: _____

Duração: _____ Local: _____

Duração: _____ Local: _____

3- Você teve experiência profissional anterior em trabalhos na área da saúde: sim () não ()

Duração: _____ Local: _____

Duração: _____ Local: _____

Duração: _____ Local: _____

4- Função atual na equipe: _____

Tempo na função atual: () < de um ano () 1 a 3 anos () mais de 3 anos

5- Forma de seleção de pessoal para contratação no PSF, foi feita através de:

() Seleção pública	() Entrevista
() Currículo Vitae (prova de título)	() Outra - especificar _____

6- Modalidade da Contratação no PSF (vínculo empregatício):

() Estatuto do servidor público	() Contrato temporário
() CLT	() Cargo em comissão
() Cooperativa	() Outros - Especificar: _____
Quais direitos trabalhistas a que tem direito? _____	

7- Carga horária semanal de trabalho: _____ Horário de trabalho: _____

8- Outras atividades de trabalho atuais: _____

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Temas a serem abordados	Questões disparadoras da entrevista
1. Representação do Programa de Saúde da Família <ul style="list-style-type: none"> - Conteúdo - Modo de realização - Instrumentos /ferramentas de trabalho (saberes -equipamentos) - Finalidades 	Como foi sua inserção no PSF? O que levou você a fazer a opção em trabalhar no PSF? O que você precisa para trabalhar no PSF? O que você acha do trabalho no PSF? Para que serve o trabalho no PSF?
2. Representação do próprio trabalho no Programa de Saúde da Família <ul style="list-style-type: none"> - Conteúdo - Modo de realização - Instrumentos de trabalho disponíveis - Horários de realização - Relações que estabelece para o seu desenvolvimento - Finalidades 	Quais as atividades você desenvolve no PSF? O que você acha do seu trabalho no PSF? Para que serve o seu trabalho no PSF? O seu trabalho depende do trabalho de outras pessoas? O trabalho de outras pessoas depende de seu trabalho? Você poderia dar exemplos?
3. Descrição de seu trabalho de rotina em um dia normal <ul style="list-style-type: none"> - Conteúdo - Local - Modo de realização - Relações que estabelece - Recursos utilizados - Horários - Dificuldades enfrentadas - Finalidades 	Descreva um dia típico de trabalho, vivenciado por você na unidade de Saúde da Família. O que seria um atendimento atípico, no seu dia a dia? Na ocorrência de problemas no trabalho (na unidade, no domicílio, com relação a pacientes, outros trabalhadores, serviços de saúde, equipamentos sociais) a quem recorre? Conte um pouco mais. De exemplo. Com o que conta para resolver os problemas que surgem no dia a dia? Você tem chefe? O que ele faz?
4. Relação entre seu trabalho e as necessidades da população <ul style="list-style-type: none"> - Características da população usuária <ul style="list-style-type: none"> - condições de vida - escolaridade - renda - morbidade - Demanda que chega ao PSF - Acesso da população ao atendimento no PSF - Definição de prioridades - Definição de objetivos e metas de trabalho - Avaliação do trabalho desenvolvido no PSF - cumprimento de metas e objetivos 	O que você acha que a população espera da unidade de Saúde da Família? Quais os motivos que fazem o usuário procurar o PSF? O que você acha deste motivo de procura? Qual sua conduta? Cite os problemas mais comuns referidos pelas pessoas que procuram o serviço. E o que você acha desta demanda, desta procura? O que a equipe deste PSF oferece para a população de sua área de abrangência? São definidas prioridades para o trabalho? Como? São estabelecidos objetivos e metas para o trabalho de assistência prestado pelo PSF? Como?

	A população participa da forma que o serviço é organizado?
<p>5. Descrição dos recursos utilizados para o desenvolvimento do trabalho.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estratégias utilizadas para comunicação <ul style="list-style-type: none"> - extrainstitucional - institucional - registro e fluxo para outros níveis - interna na unidade de Saúde da Família (fluxo de informações com a clientela, definição de normas e rotinas, funções e atribuições da equipe) - Articulação do trabalho com outros níveis de atenção - Coordenação do trabalho no PSF - Existência de espaços coletivos para organização do trabalho - Sistema de Informação como ferramenta para o planejamento das ações da equipe - Organização da referência e contra-referência 	<p>Como acontece a comunicação entre os trabalhadores da equipe?</p> <p>Quando você ou a equipe precisa se comunicar com outro serviço de saúde, ou uma outra instituição, como isto acontece?</p> <p>Como é a articulação da equipe do PSF com outros níveis da Secretaria da Saúde ou outros serviços?</p> <p>Tem alguém que coordena o trabalho da equipe?</p> <p>Há espaços para reuniões, discussões sobre o trabalho, sobre a situação de famílias, definição de objetivos e metas para o trabalho, planejamento e avaliação do trabalho? Há participação da comunidade nas decisões?</p> <p>O que se discute nas reuniões? Quem coordena? E feito rodízio de quem coordena?</p> <p>Os dados do SIAB são trabalhados pela equipe? Como? Estes dados ajudam a organizar o trabalho?</p>
<p>6. Avaliação do trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organização do processo de trabalho - Condições gerais de trabalho - Recursos disponíveis - Dificuldades no ambiente de trabalho - em relação a clientela atendida - Dificuldades com a equipe de trabalho, com outros serviços de saúde ou equipamentos sociais - Sugestões 	<p>Quem avalia o trabalho realizado pela equipe?</p> <p>Se houver necessidade de corrigir alguma coisa no trabalho realizado por um trabalhador ou pela equipe, quem faz esta correção? A equipe discute isto?</p> <p>Você tem sugestões para melhorar o trabalho que aqui na Unidade de Saúde da Família?</p>
7. Descrição das principais limitações para o desenvolvimento de seu trabalho.	Quais as principais dificuldades enfrentadas no seu trabalho no PSF?
8. Necessidade de gerência no trabalho do PSF	Ministério da Saúde estabelece uma equipe mínima, sem necessariamente estabelecer um coordenador, um gerente para o trabalho. Esta figura é necessária? Por quê?
9. Espaço para livre expressão.	Você gostaria de dizer alguma coisa que não tenha sido perguntado?

ANEXO IV

Roteiro para entrevista semi-estruturada com auxiliares de enfermagem e ACS

Dia: _____

Início: _____ Término: _____

Unidade: _____

IDENTIFICAÇÃO

1- Profissão: auxiliar de enfermagem () agente comunitário de saúde () agente administrativo ()

2- Sexo: masculino () feminino ()

3- Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

9- Local em que residia antes de se fixar no município atual: município: ____ Estado: ____

10- Local em que reside atualmente: município: _____ Estado: ____

Tempo de residência no local atual: ____

FORMAÇÃO

1- Escolaridade:

() Sem escolaridade

() Alfabetizado

() Primeiro grau incompleto. Especifique: _____

() Primeiro grau completo

() Segundo grau incompleto. Especifique: _____

() Segundo grau completo

() Terceiro grau incompleto Especifique: _____

() Terceiro grau completo

() Atualmente estudando. Especificar o curso: _____

2- Se auxiliar de enfermagem

Instituição formadora: _____

Entidade mantenedora: Pública () Privada ()

Localização: _____

Ano de Conclusão: ____/____/____

3- Atividades de capacitação profissional:

3.1. Para o PSF: sim () não ()

Local: () DIR XVIII

() Polo de Capacitação FMRP/EERP - USP

() Programa específico no município

() Outros - Especificar instituição ministrante _____

Tipo do curso: _____ Duração: ____

3.2. Introdutório (treinamento para equipe toda): sim () não () Duração: ____

Local: () DIR XVIII

() Polo de Capacitação FMRP/EERP - USP

() Programa específico no município

() Outros - Especificar instituição ministrante _____

3.3. Sequencial: sim () não () Duração: _____

Local: () DIR XVIII

() Polo de Capacitação FMRP/EERP - USP

() Programa específico no município

() Outros - Especificar instituição ministrante _____

Quais os temas de treinamento que você já participou: _____

MERCADO DE TRABALHO

1- Você já trabalhou anteriormente em serviços da rede básica de saúde pública: sim () não ()

Duração: _____ Local: _____

Duração: _____ Local: _____

Duração: _____ Local: _____

2- Você já trabalhou anteriormente no PSF: sim () não ()

Duração: _____ Local: _____

Duração: _____ Local: _____

Duração: _____ Local: _____

3- Você teve experiência profissional anterior em trabalhos na área da saúde: sim () não ()

Duração: _____ Local: _____

Duração: _____ Local: _____

Duração: _____ Local: _____

4- Função atual na equipe: _____

Tempo na função atual: () < de um ano () 1 a 3 anos () mais de 3 anos

5- Forma de seleção de pessoal para contratação no PSF, foi feita através de:

() Seleção pública	() Entrevista
() Currículo Vitae (prova de título)	() Outra - especificar _____

Modalidade da Contratação no PSF (vínculo empregatício):

() Estatuto do servidor público	() Contrato temporário
() CLT	() Cargo em comissão
() Cooperativa	() Outros - Especificar: _____
Quais direitos trabalhistas a que tem direito? _____	

Carga horária semanal de trabalho: _____ Horário de trabalho: _____

Outras atividades de trabalho atuais: _____

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Temas a serem abordados	Questões disparadoras da entrevista
1. Representação do Programa de Saúde da Família <ul style="list-style-type: none"> - Conteúdo - Modo de realização - Instrumentos /ferramentas de trabalho (saberes -equipamentos) - Finalidades 	Como foi sua inserção no PSF? O que levou você a fazer a opção em trabalhar no PSF? O que você precisa para trabalhar no PSF? O que você acha do trabalho no PSF? Para que serve o trabalho no PSF?
2. Representação do próprio trabalho no Programa de Saúde da Família <ul style="list-style-type: none"> - Conteúdo - Modo de realização - Instrumentos de trabalho disponíveis - Horários de realização - Relações que estabelece para o seu desenvolvimento - Finalidades 	Quais as atividades você desenvolve no PSF? O que você acha do seu trabalho no PSF? Para que serve o seu trabalho no PSF? O seu trabalho depende do trabalho de outras pessoas? O trabalho de outras pessoas depende de seu trabalho? Você poderia dar exemplos?
3. Descrição de seu trabalho de rotina em um dia normal <ul style="list-style-type: none"> - Conteúdo - Local - Modo de realização - Relações que estabelece - Recursos utilizados - Horários - Dificuldades enfrentadas - Finalidades 	Descreva um dia típico de trabalho, vivenciado por você na unidade de Saúde da Família. O que seria um atendimento atípico, no seu dia a dia? Na ocorrência de problemas no trabalho (na unidade, no domicílio, com relação a pacientes, outros trabalhadores, serviços de saúde, equipamentos sociais) a quem recorre? Conte um pouco mais. De exemplo. Com o que conta para resolver os problemas que surgem no dia a dia? Você tem chefe? O que ele faz? (verificar a diferença entre o gerente e o enfermeiro)
4. Relação entre seu trabalho e as necessidades da população <ul style="list-style-type: none"> - Características da população usuária <ul style="list-style-type: none"> - condições de vida - escolaridade - renda - morbidade - Demanda que chega ao PSF - Acesso da população ao atendimento no PSF - Definição de prioridades - Definição de objetivos e metas de trabalho - Avaliação do trabalho desenvolvido no PSF - 	O que você acha que a população espera da unidade de Saúde da Família? Quais os motivos que fazem o usuário procurar o PSF? O que você acha deste motivo de procura? Qual sua conduta? Cite os problemas mais comuns referidos pelas pessoas que procuram o serviço. E o que você acha desta demanda, desta procura? O que a equipe deste PSF oferece para a população de sua área de abrangência? São definidas prioridades para o trabalho? Como? São estabelecidos objetivos e metas para o

cumprimento de metas e objetivos	trabalho de assistência prestado pelo PSF? Como? A população participa da forma que o serviço é organizado?
<p>5. Descrição dos recursos utilizados para o desenvolvimento do trabalho.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estratégias utilizadas para comunicação <ul style="list-style-type: none"> - extrainstitucional - institucional - interna na unidade de Saúde da Família (fluxo de informações com a clientela, definição de normas e rotinas, funções e atribuições da equipe) - registro e fluxo para outros níveis - Articulação do trabalho com outros níveis de atenção - Coordenação do trabalho no PSF - Existência de espaços coletivos para organização do trabalho - Sistema de Informação como ferramenta para o planejamento das ações da equipe - Organização da referência e contra-referência 	<p>Como acontece a comunicação entre os trabalhadores da equipe?</p> <p>Quando você ou a equipe precisa se comunicar com outro serviço de saúde, ou uma outra instituição, como isto acontece?</p> <p>Como é a articulação da equipe do PSF com outros níveis da Secretaria da Saúde ou outros serviços?</p> <p>Tem alguém que coordena o trabalho da equipe?</p> <p>Há espaços para reuniões, discussões sobre o trabalho, sobre a situação de famílias, definição de objetivos e metas para o trabalho, planejamento e avaliação do trabalho? Há participação da comunidade nas decisões?</p> <p>O que se discute nas reuniões? Quem coordena? É feito rodízio de quem coordena?</p> <p>Os dados do SIAB são trabalhados pela equipe? Como? Estes dados ajudam a organizar o trabalho?</p>
<p>6. Avaliação do trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organização do processo de trabalho - Condições gerais de trabalho - Recursos disponíveis - Dificuldades no ambiente de trabalho - em relação a clientela atendida - Dificuldades com a equipe de trabalho, com outros serviços de saúde ou equipamentos sociais - Sugestões 	<p>Quem avalia o trabalho realizado pela equipe?</p> <p>Se houver necessidade de corrigir alguma coisa no trabalho realizado por um trabalhador ou pela equipe, quem faz esta correção? A equipe discute isto?</p> <p>Você tem sugestões para melhorar o trabalho que aqui na Unidade de Saúde da Família?</p>
7. Descrição das principais limitações para o desenvolvimento de seu trabalho.	Quais as principais dificuldades enfrentadas no seu trabalho no PSF?
8. Necessidade de gerência no trabalho do PSF	Ministério da Saúde estabelece uma equipe mínima, sem necessariamente estabelecer um coordenador, um gerente para o trabalho. Esta figura é necessária? Por quê?
9. Espaço para livre expressão.	Você gostaria de dizer alguma coisa que não tenha sido perguntado?