



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Doutorado em Saúde Pública**

AÇÃO EDUCATIVA, GESTÃO E PRÁTICA: IMPLICAÇÕES PARA MUDANÇAS NO MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE

MARILIA SANTOS FONTOURA

**Salvador
2007**



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Doutorado em Saúde Pública**

AÇÃO EDUCATIVA, GESTÃO E PRÁTICA: IMPLICAÇÕES PARA MUDANÇAS NO MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em Saúde Pública

Marília Santos Fontoura

Orientadora: Profa. Carmem Fontes Teixeira

Área de concentração: Planejamento e Gestão em Saúde

**Salvador
Abril - 2007**

Marília Santos Fontoura

Ação Educativa, Gestão e Prática: Implicações para Mudanças no Modelo de Atenção à Saúde

Data de defesa: 30/04/2007

Banca Examinadora

Prof. Emerson Merhy/ UFRJ

Profa. Marluce Nascimento/ UEFS

Profa. Ligia Rangel/ ISC-UFBA

Profa. Luis Eugênio Portela /ISC- UFBA

Profa. Carmen Fontes Teixeira (orientadora)/ ISC-UFBA

Ficha Catalográfica

Fontoura, Marília Santos

Ação Educativa, Gestão e Prática: Implicações para Mudanças no Modelo de Atenção à Saúde. / Marília Santos Fontoura. -- Salvador: 2007.

161 p. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Carmem Fontes Teixeira

Tese (doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva.
Universidade Federal da Bahia.

1.Educação e Trabalho. 2. Recursos Humanos em Saúde. 3. Saúde da Família. 4.Processo de Trabalho em Saúde I. Título

Dedicatórias

A Painho,

(Aldeomar de Castilho Fontoura)

Por sua humanidade, por tudo que significou para mim, pelo afeto e identificação, por seu caráter, exemplo de solidariedade e coerência, pela vida que vivemos, porque se foi deixando muita saudade ...

Com carinho, muita dor e saudade a meu pai que se foi enquanto eu “corria” para cumprir o prazo de entrega deste trabalho.

A Jorge Solla,

Pelo carinho, amizade e compreensão solidária, por estarmos lado a lado há mais de 26 anos, vivendo, compartilhando, rindo, chorando ou lutando, levando nossa vida simples com amor, alegria, labuta e cumplicidade.

A Davi, Francisco e Brisa

Meus filhos amados, e minha filha de coração, pelas alegrias e preocupações, por que existem, e no dia a dia de nossas vidas, cada um do seu jeito, me ensina o significado de ser e tornar-se mãe.

“Quanto mais me capacito como profissional, quanto mais sistematizo minhas experiências, quanto mais me utilizo do patrimônio cultural, que é patrimônio de todos e ao qual todos devem servir, mais aumenta minha responsabilidade com os homens”.

Paulo Freire
(Educação e Mudança – 1981)

AGRADECIMENTOS

Por mais que para os outros não faça muito sentido, para nós, este é um espaço da gratidão, do reconhecimento a todos que de alguma maneira estiveram junto ou de alguma forma contribuíram com esta caminhada de 4 anos para produção deste estudo. Porque como não é possível separar a doutoranda da pessoa todos são ou fizeram parte da totalidade desse nosso momento de vida e trabalho. A todos eu faço questão de agradecer.

A professora Carmem Teixeira, por ter acolhido meu projeto de estudo, pela orientação, pela inteligência e sensibilidade intelectual, pela capacidade e perspicácia de, em alguns momentos enxergar e compreender melhor que eu, meus escritos e especialmente pela compreensão de meus limites e do meu ritmo lento e atrapalhado de produzir. Ainda que num momento, com sua postura incisiva, tenha me deixado meio angustiada, sem ela eu não teria feito este percurso. De coração e mente, obrigada!

Ao gestor da Secretaria Municipal de Saúde, a parte de sua equipe gestora e muito especialmente aos profissionais da equipe de saúde da família onde realizamos nossas observações e entrevistas, pelo acolhimento, pela disponibilidade e pela aceitação livre para participarem como sujeitos desse estudo. Aos usuários que também colaboraram.

A Prof^ª Marluce Assis da UEFS, a Ligia Rangel do ISC por terem participado e dado contribuições importantes quando da qualificação.

Aos professores Emerson Merhy e Eugênio Portela por, apesar do pouco tempo aceitaram participar dessa banca.

Aos professores do ISC/UFBA por terem, através das aulas, de seus ensinamentos, da organização e condução de discussões em cada disciplina, iluminando nosso olhar, contribuindo de alguma forma na produção deste estudo.

Aos professores Jairnilsom Paim e Lígia Vieira pela forma como organizaram e conduziram os seminários e as atividades do doutorado, promovendo uma metodologia que ao mesmo tempo que contribuem com seus conhecimentos e bagagem teórica, sua experiência de professores e pesquisadores nos desafiaram e nos ajudaram a superar nossas limitações e dificuldades.

Aos colegas do doutorado, por terem sido parte desse processo de produção, pelas interações e trocas nas aulas, nos corredores e nos jantares, em especial a Mara e Edna pela maior proximidade.

A Anunciação, Nea e demais funcionários do ISC que nos orientam nos encaminhamentos formais do doutorado e em vários momentos, como se fossem amigos, acolhem nossas angústias de doutorandos. A Zé, motorista do ISC que tantas vezes me deu carona para o aeroporto no período que, cursar disciplinas, fiz ponte Salvador – Brasília

Aos colegas e apenas, aos verdadeiros amigos do antigo Pólo de Educação Permanente em Saúde da Família, local de produção e trabalho, onde conduzi a elaboração do projeto e coordenei o curso, uma das motivações e objeto de análise deste estudo.

A Equipe de coordenação e acompanhamento do Curso de Especialização em Saúde da Família, experiência significativa e determinante para este estudo, pela condução inovadora que conseguimos realizar: Gesilda, Tête, Daniela, Luiz, Rosana Bezerra, Verônica, Alberto e Alberto Medina. Á equipe de apoio administrativo: Jucélia, Tânia, Valéria e Ângela.

A Dr. José Carlos e a toda equipe da EESP/SUPERH/SESAB, especialmente àqueles que, assim como eu defendem e incorporam os princípios do SUS pelo apoio, compreensão e

redução da carga horária de trabalho, sem a qual com certeza eu não teria conseguido realizar este estudo. E com eles, neste espaço de trabalho que reflito e objetivo parte das idéias, inquietações e práticas.

Aos Colegas do DECOM da EEUFBA, pela compreensão e liberação nos dois últimos e por estenderem por mais alguns dias minha liberação para que eu pudesse concluir o doutorado. Em especial a Gesilda, Valda e Ester que dividem e compartilham comigo muitas atividades.

A Oviromar Flores e a todos os colegas professores e funcionário do DSC/UNB que me acolheram no período que passei em Brasília, pela oportunidade de participar do curso de especialização, onde o trabalho e a convivência com os alunos somaram nesta caminhada. A Danusa e sua equipe de atenção básica no município de Luziânia-GO onde juntamente com Neide, Adriana e Raquel realizamos um trabalho de consultoria solidária na produção de um curso para o pessoal de Saúde da Família, espaço de reflexão que nos possibilitou mais uma aproximação com a prática do PSF.

A Equipe do NEAD/EEUFBA (núcleo de educação à distância) que me acolheu e através do trabalho que realizamos possibilita muitas reflexões.

Ao trabalho e aos alunos de Estagio Curricular da EEUFBA, pela oportunidade de no cotidiano de trabalho nos possibilitou algumas reflexões que também se somaram a este estudo.

A minha família que ao longo desses anos tem me dado sustentação emocional e em alguns momentos mais que todos, são solidários, torceram e rezaram para que eu conseguisse chegar até aqui, em especial a Mainha, a Tia Teca, Dinha Lourdes, Tia Teresinha, Tia Lenize, D. Preta, D. Celeste minha sogra, pessoas que talvez não compreendam bem esse processo de produção mas torcem, rezam ou acendem velas para nos iluminar. A minhas irmãs, Rita, Mônica e Marildes, pela amizade e apoio constante, a meus sobrinhos, Glauber, Jonatanh, Farah, Kaíque, a Luca, caçula, espanholzinho peralta que parece me amar mais que todos. A Brisa, pelo carinho e pelo incentivo virtual. Aos tios e cunhados, a todos vocês, que além de tudo compartilham comigo as perdas, as tristezas e também as alegrias, obrigada de coração. Aos primos Renato por compreender esse momento, a Laudi, pelo apoio e solidariedade e a Leila pela amizade e presença constante em minha vida, porque ri e chora junto comigo.

Aos amigos presenciais e aos virtuais também que torceram, ligaram, estimularam, deram força para eu superar minhas dificuldades e concluir este trabalho. Em especial, Raul Lomanto e Valmir que como companheiros de luta, talvez compreendam o significado desse momento também para nossa militância....

A Nice que, cuida da nossa casa e de nossa alimentação, por que vivenciou e nos ajuda no cotidiano de casa.

A Solla meu companheiro, pela interação teórico-política e prática, pela “revisão” aligeirada em seus poucos momentos de folga, por que compartilha sempre e me estimulou a não desistir nos momentos em que as dificuldades foram maiores.

A meus filhos Davi pela força que deu em vários momentos, a Chico pela “pressão” de me lembrar, a todo momento, que eu precisava terminar “e aí mãe já terminou? Falta muito?” e por me suportarem e me perdoarem pelos momentos de stress.

A Painho, esperando que tenha compreendido e me perdoado a não presença constante em seus últimos momentos de vida, porque, infelizmente existia um prazo de entrega desta tese... (porque eu nunca vou me perdoar... tem coisas na vida que valem mais que um título, que as convenções burocráticas das instituições, que o mundo do trabalho...)

RESUMO

FONTOURA, M. S. **Ação Educativa, Gestão e Prática: Implicações para Mudanças no Modelo de Atenção à Saúde.** Salvador, 2007. 161p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

Para refletir sobre as possíveis implicações que as ações educativas e político-gerenciais têm nas possibilidades de mudanças nas práticas de profissionais de saúde que atuam ao nível da atenção básica no Programa de Saúde da Família (PSF), este projeto procurou, inicialmente, contextualizar, num plano geral, o processo de mudança da Saúde em curso no Brasil desde os anos 80 e, num plano mais específico, buscou caracterizar o PSF enquanto problemática. Considerou como **problema** as possibilidades e limites dos processos educativos para contribuir com as mudanças no perfil de práticas de profissionais de saúde, bem como as implicações da gestão municipal para a efetivação das mudanças na organização das ações e práticas de saúde. Como **objetivo geral**, buscou analisar as relações entre o processo educativo e o processo de trabalho de médicos e enfermeiros do PSF no contexto da gestão do sistema de saúde de um município do Estado da Bahia em 2006. E, como **objetivos específicos**, buscou: caracterizar o processo de planejamento, organização e execução das práticas dos médicos e enfermeiros das equipes do PSF; identificar e analisar possíveis determinantes das mudanças nas práticas desses sujeitos relacionados à sua formação/re-qualificação profissional, aqueles relacionados ao desenvolvimento da própria prática e os que se relacionam com a gestão dos serviços e práticas de saúde; identificar a influência do processo educativo de médicos e enfermeiros do PSF na mudança no conteúdo, na forma de organização e nas relações estabelecidas no âmbito das práticas da equipe de saúde; discutir como a gestão do sistema de saúde municipal e/ou os processos de gestão intermediários podem favorecer ou dificultar as mudanças nas práticas dos profissionais da equipe do PSF. Foi adotado, como **abordagem metodológica**, o estudo de caso. Como técnicas para produção de dados, foram utilizadas a observação, entrevistas semi-estruturadas e, de forma complementar, a análise documental. Os **resultados** evidenciaram uma relação positiva entre a mudança do perfil dos profissionais estudados, e o processo educativo, centrado no trabalho, vivenciado. Apesar do fortalecimento e implementação de práticas inovadoras, outras evidências demonstram que, além de investimentos na qualificação dos profissionais, faz-se necessário maiores investimentos da gestão da organização e estruturação dos serviços e uma maior atenção às reações no âmbito do trabalho vivo, visto que os aspectos relacionais, ao lado dos aspectos político-estruturais podem favorecer ou dificultar as possibilidades de mudanças nas práticas ou no modelo de atenção em sua totalidade.

DESCRITORES: Educação e Trabalho; Recursos Humanos em Saúde; Saúde da Família; Processo de Trabalho em Saúde.

ABSTRACT

FONTOURA, M. S. **Educational Action, Administration and Practice: Implications for Changes in the Health Attention Model. Salvador, 2007.** 161p. Thesis (Doctorate in Public Health) - Institute of Collective Health. Federal University of Bahia

To reflect about the possible implications that the educative actions and the politician-management actions have regarding the changes possibilities in the professionals' health practices that act to the level of the basic attention in the Family Health Program (PSF), this project searched, initially, to contextualize, in a general plan, the Health change process in course in Brazil since the 80' and, in a more specific plan, sought to characterize the PSF as a problematic. It considered as problem the possibilities and limits of the educational processes to contribute with the changes in the professionals practices profile of health as well as the implications of municipal administration for the implementation of changes in the health actions and practices organization. As general objective, it looked for analyze the relations between the educative process and the doctors and nurses of the PSF working process in the context of the health system management of a city of the State of Bahia in 2006. And as specific goals: to characterize the planning, organization and execution process of the practices of the doctors and nurses of the teams of PSF; to identify / to analyze possible determinates of the changes in the practices of these subjects related to its professional formation / re-qualification, those related to the development of the practice itself and the ones that have relation with the health services and practices management; to identify the doctors and nurses of the PSF educational process influence in the change of content, in the organization form and in the relations established in the scope of the practices of the health team; to argue as the municipal health system management and/or the management intermediate processes can favor or make it difficult the changes in the practices of the PSF professionals' team practices. It was adopted as methodological approach a case study format. As technical for data production, had been used the observation, half-structuralized interviews and, as complementary, the documentary analysis. The **results** evidenced a positive relation between profile change of the studied professionals, and the educational process, centered at work. Besides the invigoration and implementation of innovative practices, other evidences demonstrate that, besides investments in the professionals' qualification, organization administration larger necessary investments is done and services structuring and a larger attention the reactions in the scope of the alive work, since the relational aspects beside the structural political aspects can favor or to complicate the changes possibilities in the practices or in the attention model in its totality.

DESCRIPTORS: education and work; human resources health; family health; health work process.

Sumário

Agradecimentos	07
Resumo	09
Abstract	10
Lista de Abreviaturas e Siglas	12
1 – Introdução	13
1.1 – A Reforma Sanitária e a construção do SUS	13
1.2 - O PSF enquanto problemática e o problema de pesquisa	16
2 - Elementos para o referencial teórico	24
2.1 - Dimensão da prática enquanto processo de trabalho	29
2.2 - Dimensão do processo educativo	36
2.3 – Dimensão político-gerencial	44
2.4 – Subjetividade enquanto dimensão humana	51
2.5. O objeto de estudo	54
3 – Objetivos	59
4 - Justificativa	60
5 – Aspectos Metodológicos	62
5.1 – Procedimentos e técnicas para produção de dados ou evidências;	64
5.2 – Análise	65
6 – Apresentação e discussão das evidências	68
a) Caracterização da Prática	68
b) Análise das Relações entre a prática e o processo educativo.	95
c) Análise das relações entre a prática e o processo de gestão	116
7- Discussão dos Resultados	134
8 – Considerações Finais	150
9 – Referências bibliográficas	153

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CLS – Conselho Local de Saúde

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PMS – Plano Municipal de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

MIT – Momento de interação com o Trabalho

MIP – Momento de interação pedagógica

1- Introdução

1.1 - A Reforma Sanitária e a construção do SUS

Para refletir sobre as possíveis implicações que as ações educativas e as ações político-gerenciais têm em relação às possibilidades de mudanças nas práticas de profissionais de saúde, que atuam ao nível da atenção básica no Programa de Saúde da Família (PSF), buscaremos inicialmente contextualizar, no plano geral, o processo de mudança da Saúde em curso no Brasil desde os anos 80. Num plano mais específico iremos caracterizar o PSF e discutir algumas evidências apresentadas em estudos realizados sobre a implementação desta estratégia no âmbito do SUS.

Vivemos num contexto em que as mudanças sociais têm demandado transformações no objeto, métodos, técnicas e práticas da Saúde Coletiva, entendida como campo de saber e de práticas. Além de tomar as necessidades sociais de saúde como objeto, a Saúde Coletiva apresenta-se como campo aberto a novos paradigmas e, independentemente do tipo de profissional ou de organização dos serviços, possui um caráter histórico estrutural. (PAIM & ALMEIDA FILHO, 2000). No âmbito das políticas de saúde, entre outras mudanças em curso, busca-se a implementação de modelos de atenção que valorizem a promoção da saúde e não apenas a prevenção ou cura das enfermidades.

Nos anos 80 o Brasil atravessou um processo político de redemocratização (pós-regime militar) em uma conjuntura de recessão econômica e de crise da Previdência Social. Neste quadro forjado pela retomada do movimento sindical, com vitórias eleitorais da oposição, ocorreu uma mobilização importante dos profissionais de saúde e debate intenso com contribuições da academia acerca de propostas de democratização da saúde constituindo um movimento contra-hegemônico nos campos político, ideológico e institucional, o que passou a ser correntemente denominado de reforma sanitária (PAIM, 1994; PAIM, 1986). Este projeto ganhou forças com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que contou com milhares de representantes das diversas forças sociais interessadas em construir mudanças no setor saúde, formatando o projeto da reforma sanitária brasileira (GERSCHMAN, 1995).

"A reforma sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde,

constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade, e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema" (MENDES, 1994).

Para SILVA JUNIOR (1998) a construção da reforma sanitária passou por ações que percorreram três caminhos diversos para assegurar sua viabilidade: legislativo-parlamentar, sócio-político, e outro institucional. O primeiro estabeleceu as bases jurídico-legais, o segundo trabalhou o envolvimento da sociedade civil através de suas organizações na luta pela saúde e na construção de espaços de controle social, e o terceiro implicou a implantação e desenvolvimento de um sistema de saúde pautado por princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. A nova constituição aprovada em 1988 incorporou estes princípios e estabeleceu uma nova proposta organizacional para o sistema de saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição de 1988, rompendo com a lógica anterior estabeleceu um conceito ampliado de saúde, definindo-a como qualidade de vida e enquanto um direito de cidadania. Assim a saúde passou a ser na Constituição Brasileira um direito social universal, a ser garantido pelo Estado, que passa a ser protagonista da gestão, organização e prestação destas ações. Sendo assim, as ações e serviços de saúde passaram a ser de relevância pública (BRASIL, 2001a).

Em 1990 as Leis Orgânicas da Saúde (Nº. 8.080/90 e 8.142/90) regulamentaram o Sistema Único de Saúde (SUS). Para garantir a implementação e consolidação das definições constitucionais no campo da saúde, várias iniciativas podem ser identificadas, com destaque para as Normas Operacionais Básicas (NOB), as quais têm redefinido as relações entre as três esferas de governo, estabelecendo as responsabilidades e prerrogativas de cada ente federado. Com a NOB/SUS - 01/93 alguns municípios assumiram a gestão do sistema de saúde e foram estabelecidas instâncias colegiadas de gestão do SUS: as Comissões Intergestores Tripartite (nacional) e Bipartites (estaduais). Três anos depois já existiam 3.078 municípios habilitados em alguma das formas de gestão definidas pela NOB 93: 2.323 em gestão incipiente, 618 em gestão parcial e 137 em gestão semi-plena (MENDES, 1998).

Com a NOB/SUS - 01/96, a função de gestor da atenção à saúde por parte dos municípios foi ampliada fortalecendo o processo de descentralização, estabelecendo dois níveis de gestão municipal (gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal de saúde) e criando o Piso Assistencial Básico (PAB), substituindo o pagamento

por produção de serviços na atenção básica pelo repasse de recursos por critérios populacionais e através de incentivos para realização de ações consideradas prioritárias para os municípios habilitados (BRASIL, 1996). Esta Norma Operacional colocou novos desafios para os municípios, apontando novas responsabilidades, entre elas a de realizar mudanças nos modelos de atenção e gestão e fomentar os espaços de controle social, ampliando a discussão sobre os modelos de atenção à saúde no âmbito do SUS, buscando implantar mudanças concretas na forma de operacionalizar a atenção à saúde (BRASIL, 1996; PAIM, 1999; SILVA JUNIOR, 1998).

Nesta direção ganha destaque o Programa de Saúde da Família, lançado em 1994 pelo Ministério da Saúde, tendo sido concebido a partir de algumas experiências municipais exitosas, entre elas as realizadas em Niterói (RJ), Icapuí (CE), Camaragibe (PE). Buscando diferenciar-se dos programas tradicionais este Ministério, a partir de 1997, passou a defini-lo enquanto uma estratégia de reorientação do modelo assistencial (RIBEIRO et al., 2004).

“Sua implantação segue abrigando tal dicotomia: de um lado, ratifica sua condição de programa que se apresenta com objetivos, metas e passos definidos, ou seja, com uma formulação e com modus operandi estabelecido/normatizado; de outro lado, reivindica a posição de ‘estratégia’ por sinalizar um caminho possível para se atingirem os objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo, portanto, capaz de influenciar e produzir impactos no sistema como um todo.” (RIBEIRO et al., 2004)

Nos últimos três anos foram trabalhadas diversas ações voltadas para intensificar e qualificar a descentralização das ações e serviços de saúde no SUS. A ampliação do processo de municipalização tem sido intenso de forma que em outubro de 2005 já existiam 657 municípios habilitados em gestão plena do sistema municipal de saúde, 429 habilitados pela NOB 01/96 e 228 pela NOAS 01/02. No que diz respeito à gestão da atenção básica, cabe destacar que com a aprovação da Portaria Nº 2.023 de 2004 do Ministério da Saúde, todos os municípios e o Distrito Federal passaram a ser responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, extinguindo a condição de Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada. Outras decisões importantes no âmbito da atenção básica foram a ampliação do financiamento federal com diversas medidas que aumentaram os repasses para os municípios, tanto no Piso de Atenção Básica, quanto nos incentivos para o Programa de Saúde da Família (PSF), a implantação do Projeto de Apoio a Expansão da Estratégia de Saúde da Família – PROESF, que alocou 550 milhões de dólares para apoiar a expansão do PSF nos municípios com mais de 100 mil habitantes, e o Projeto de Qualificação da Saúde da Família, com um conjunto de ações principalmente no âmbito do monitoramento e avaliação (SOLLA, 2006).

1.2 - O PSF enquanto problemática e o problema da pesquisa.

Neste percurso de implantação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde diversas experiências têm buscado superar os limites dos modelos de atenção à saúde hegemônicos visando implementar os princípios e diretrizes do SUS, incorporando propostas alternativas, entre as quais as que ficaram conhecidas sob as denominações de “ações programáticas de saúde”, “acolhimento”, “vigilância da saúde”, “cidades saudáveis”, “promoção da saúde” e “Saúde da Família”. Segundo TEIXEIRA (2002) *“nenhuma das propostas e experiências em processo no país dá conta, sozinha, de todos os aspectos envolvidos na problemática do modelo assistencial. São respostas parciais, que precisam ser conhecidas e articuladas”*. Neste âmbito a estratégia de saúde da família tem tido destaque especial.

“Nesse particular, a intervenção mais ampla realizada no Brasil visando à modificação do modelo de atenção hegemônico talvez possa ser creditada à reorganização da atenção básica, particularmente por meio do PSF, vinculado à vigilância da saúde. Estas duas propostas alternativas de modelo de atenção têm sido reconhecidas como eixos reestruturantes do SUS. Entretanto, cabe ressaltar que muitas das propostas mencionadas são relativamente complementares e convergentes. Assim, o PSF progressivamente tem-se articulado com a vigilância da saúde e com o acolhimento, dispondo, ainda, de uma grande potencialidade de ajudar na construção da viabilidade de ações programáticas, da promoção da saúde e das cidades saudáveis”. (PAIM, 2004)

Alguns estudos vêm apontando a pertinência e adequação da articulação entre Saúde da Família e outras propostas voltadas para mudanças no modelo assistencial. CAMPOS (2003) analisando as principais atribuições das equipes de saúde da família considera que são coerentes com as proposições definidas pela ‘vigilância da saúde’. TEIXEIRA (2003, 2004) conclui que a articulação entre ‘Saúde da Família’, ‘Vigilância da Saúde’, ‘Promoção da Saúde’ e ‘Acolhimento’, com a conjugação de seus elementos conceituais, metodológicos e operacionais, seria não apenas uma proposta possível, como desejável no atual estágio de conformação do SUS e necessária para a construção de um modelo de atenção à saúde que operacionalize os princípios e as diretrizes do SUS.

O Programa de Saúde da Família tem sido compreendido de várias formas: como programa focalizado em áreas mais carentes, como estratégia de reorganização da atenção básica ou enquanto estratégia capaz de impulsionar mudanças nos vários níveis de atenção e assim contribuir no processo de reorientação e reestruturação do modelo de atenção. Nessa última perspectiva o PSF é visto como inserido no bojo das políticas, envolvendo processos decisórios político-institucionais que, fortalecendo a reorganização da atenção básica, objetiva

contribuir com as mudanças no modelo de atenção, influenciando na reestruturação do sistema municipal de saúde como um todo.

Atualmente, é apontado pelo Ministério da Saúde enquanto estratégia para reorientação da Atenção Básica, com potencial para contribuir na implementação de modelos de atenção alternativos. Nesse sentido, espera-se que as práticas dos profissionais que atuam no PSF, sejam re-organizadas para atender ao conjunto de necessidades e demandas da população e do processo de reorganização dos serviços de saúde.

O marco de sua implantação data de 1994, e em fevereiro de 2006, segundo dados do Ministério da Saúde, já atingia uma cobertura de 80,3 milhões de pessoas atendidas (em torno de 43% de cobertura populacional) em 5.028 municípios por 25.141 equipes multiprofissionais (BRASIL, 2006).

Apesar dessa extensão, passados mais de dez anos de acúmulo de experiências em diversos municípios, podemos dizer que se trata de um processo em curso, que demanda investigações acerca do seu potencial para imprimir mudanças na organização dos serviços. Entre outros aspectos, estudos e reflexões sobre o PSF demonstram divergências e dúvidas quanto a sua capacidade de, isoladamente, induzir mudanças no processo de trabalho dos profissionais e no modelo de atenção à saúde, ainda hegemônico no país (BRASIL, 2003).

O PSF e as práticas de médicos, enfermeiros e o processo de trabalho da equipe têm sido alvos de estudos, os quais demonstram uma diversidade de resultados que nos fazem pensar que essa estratégia vai se constituindo historicamente a partir das possibilidades inscritas em cada realidade.

O estudo de LEITE (2001) mostrou que existem algumas mudanças no processo de trabalho, inclusive, com incorporação de instrumentos inerentes à proposta de Vigilância da Saúde, apresentando um fazer diferenciado, marcado pelo trabalho em equipe, mas afirma que não há evidências suficientes para ser considerada uma estratégia substitutiva do modelo de atenção.

LESSA (2004) em sua investigação sobre a atuação da enfermeira nas equipes do PSF no estado da Bahia, destaca, entre outros aspectos que a atuação das enfermeiras é marcante no que se refere às práticas gerenciais e que embora tragam um incipiente gerenciamento compartilhado do processo de trabalho em nível das equipes, foram identificadas *“técnicas gerenciais que excluíam a comunidade, não favoreciam a escuta dos seus problemas e necessidades”* (LESSA, 2004: 149).

Ao analisar a dimensão relacional e subjetiva da prática da enfermeira no PSF, focalizando a relação com o usuário e o emprego de tecnologias leves, BISCARDE (2005)

aponta “*que a inserção e trajetória no PSF ocasionaram repercussões nos âmbitos profissional e pessoal da vida dessas enfermeiras, concorrendo para mudanças em atitudes e condutas relativas à forma de trabalhar e se relacionar com as pessoas.*” Por outro lado, destaca no caso estudado, que o fortalecimento de uma atitude cuidadora no PSF tem encontrado barreiras “*na (des)organização dos serviços, na cultura e formação profissional direcionadas para o modelo de atenção hegemônico*” (BISCARDE, 2005:129). Tais observações nos remetem a outras dimensões que estariam influenciando na manutenção do modelo biomédico, as quais se situam para além da gestão no âmbito da saúde ou mesmo das ações de educação permanente. Estariam relacionadas também com a formação profissional e com aspectos culturais que médicos e enfermeiros já trazem ao se inserir no PSF.

NUNES (1999) afirma que a estrutura das práticas numa dada conjuntura pode ser considerada como um dos determinantes do modo de formação dos agentes dessas mesmas práticas. Podemos inferir que não havendo mudanças nas práticas, será mais difícil influenciar possíveis mudanças na formação dos profissionais que por sua vez continuam, ao se inserir nos serviços, reproduzindo práticas que caracterizam o modelo médico hegemônico. Considerando essa interdependência, não há como se observar mudanças nas práticas se o processo de formação continua reproduzindo o modelo médico hegemônico, ou seja, não há como promover mudanças nas práticas sem mudanças no processo de formação, de modo que a responsabilidade recai sobre as instituições responsáveis pela produção de serviços e sobre as instituições formadoras, pois também se observa que existe “*necessidade de profundas mudanças no processo de formação e capacitação das enfermeiras e dos profissionais de saúde como um todo*” (BISCARDE, 2005:129).

Para AGUIAR NETO e SOARES (2004) a qualificação profissional parece não ser suficiente para impulsionar modificações na qualidade da atenção à saúde, não sendo capaz de promover transformações no modelo assistencial já instituído.

Ao propor um conjunto de inovações, no âmbito da organização dos serviços, o PSF e outras propostas alternativas ao modelo médico hegemônico, requerem dos profissionais, o desempenho de papéis e atribuições diferentes daquelas que tradicionalmente se exigia. Nesse sentido, gestores do SUS nas diversas esferas de governo têm valorizado ações educativas como estratégia para o desenvolvimento e reorientação de perfis profissionais que sejam capazes de traduzir em suas práticas os princípios técnicos, éticos e políticos do PSF.

A despeito dos inúmeros investimentos em capacitações, ao nível dos serviços, a permanência de práticas que caracterizam o modelo médico hegemônico demanda estudos

que evidenciem os limites e potencialidades de processos de capacitação profissional e identifiquem outras estratégias potencializadoras de mudanças no modelo de atenção à saúde.

A consecução das expectativas em relação ao PSF, enquanto política pública, depende do estabelecimento de parceria entre os três níveis de governo e a sociedade. No plano operacional depende das articulações, decisões e organização do município, enquanto espaço de execução dessa estratégia onde deverão se estruturar equipes multiprofissionais que a partir de uma unidade básica de saúde, se responsabilizarão por um determinado número de famílias e pessoas que vivem e/ou trabalham num território de abrangência histórica e culturalmente determinado.

O PSF pode ser considerado como política de governo pela sua expansão numérica, pela crescente legitimação institucional no âmbito do SUS e pelos mecanismos de indução e sustentabilidade financeira. A diversidade e complexidade do seu processo de implantação chamam a atenção, pois apesar dos avanços, ainda não é possível afirmar que sua instalação possa reverter a lógica de organização da atenção a saúde, pois essa possibilidade estaria condicionada ao modo de operar o PSF, para originar novas práticas de atenção (MEDINA & AQUINO, 2002).

Apesar de considerar o PSF como um dos campos de reestruturação tecnológica nos modos de produzir saúde, MERHY (2001) relativiza sua potência, apontando-o como um instrumento para a ação em redes de serviços locais, que, a seu ver, é insuficiente para dar conta dos objetos de ação na saúde. Nesse sentido ele propõe incorporar o PSF “como uma das modalidades tecnológicas, que podem fazer parte da complexa ação das redes básicas de saúde.” (MERHY, 2001).

Na perspectiva de valorização na produção de novas práticas para reverter o modelo assistencial privatista, ainda que se reconheça o papel determinante da infra-estrutura, da gestão e das decisões políticas nesse processo há que se considerar a importância da racionalidade dos sujeitos que produzem essas práticas, visto que estas são a expressão das concepções e condições materiais de quem as realiza.

Pensar a Saúde da Família como uma das possíveis estratégias de mudança implica repensar práticas, valores, conhecimentos e perfis dos envolvidos no processo de produção social da saúde e na produção de cuidados. Nessa direção, estudar processos de capacitação ou requalificação profissional pode se constituir em importante estratégia para produção de saberes que fundamentem e reorientem o planejamento de processos educativos e intervenções gerenciais que favoreçam a compreensão e a adoção de novas racionalidades no processo de trabalho em saúde. Vale lembrar ainda que enquanto prática social, qualquer ação

educativa pode constituir-se em espaços de produção de subjetividades que conduzam a uma re-significação de saberes e práticas e do próprio sujeito dessas práticas, desde que se observe certa direcionalidade política, pedagógica e técnica.

Por outro lado, entender saúde como um processo de construção coletiva implica assumir o compromisso e a responsabilidade compartilhada de construir no espaço da micropolítica do trabalho da equipe um processo de trabalho interativo multidisciplinar e multirelacional. No plano mais geral do município, promover o desenvolvimento de ações intersetoriais e ações que favoreçam a participação social com uma conseqüente conscientização de que o atendimento das necessidades e das demandas por saúde da população, não é uma questão individual, envolve compromisso e construção coletiva.

As atividades previstas para as equipes e as atribuições específicas dos profissionais envolvem uma dimensão que vai além da organização estrutural dos serviços ou mesmo da escolha das técnicas mais adequadas no desenvolvimento das ações e serviços de saúde, envolvem os profissionais enquanto sujeitos sociais historicamente determinados com seus conhecimentos, práticas, valores e atitudes diante da vida, do trabalho e das pessoas com as quais convive, trabalham ou presta cuidados.

A questão do resgate da subjetividade ou da intersubjetividade que já faz parte das reflexões no processo de produção do conhecimento, também esta implicitamente colocada como uma reflexão necessária no âmbito das práticas da estratégia de saúde da família, especialmente no que se refere às características ou atribuições tais como: trabalho em equipe interdisciplinar, organização de grupos de educação para saúde, promoção de ações intersetoriais, visita domiciliar, assistência integral, fomento a participação popular, estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e a população, abordagem integral á família, promoção da saúde, educação permanente e democratização do conhecimento da produção social da saúde e do processo saúde/doença entre outros.

Os aspectos acima citados demonstram a complexidade do desenvolvimento das práticas e relações sociais no âmbito do PSF, aumentando os limites e possibilidades de ação, demandando dos profissionais, novas competências operacionais, cognitivas e relacionais, exigindo destes, domínio, incorporação e integração de conhecimentos da clínica, da epidemiologia, das ciências sociais. Por outro lado, parece imprescindível a criação de espaços no âmbito do processo de trabalho, que possibilitem a produção e construção de capacidades relacionais para lidar com as várias dimensões do ser humano, favorecendo a relação com o “outro”, seja este outro os colegas de trabalho, os usuários, as famílias, os

gestores ou mesmo a comunidade para a qual trabalha, possibilitando construção de vínculos de confiança, de afeto e respeito (Brasil, 2001).

As questões acima destacadas remetem para a dimensão da subjetividade humana e da intersubjetividade presente nas relações humanas, nas relações dos sujeitos com o mundo, mais especificamente nas relações dos profissionais com as práticas e os serviços de saúde e ainda nas relações destes com os sujeitos usuários dos serviços de saúde, seja numa dimensão individual ou coletiva, nas várias formas que se estabelecem tais relações: com os indivíduos, grupos, famílias, comunidade ou população em geral.

Ao pensarmos nas práticas dos profissionais de saúde, não há como não nos remetermos às relações que o sujeito estabelece consigo mesmo (ainda que a partir de sua interação com o mundo) no que se refere ao seu saber, ao saber fazer e ao ser. Nessa perspectiva, as questões que caracterizam a subjetividade humana, na sua objetiva forma de ser e estar no mundo podem e devem fazer parte das reflexões e possibilidades de se constituir um novo modelo de atenção à saúde, não só através da reorientação e reestruturação das ações e serviços, da redefinição jurídica institucional, mas também a partir das possibilidades de mudanças na atuação dos sujeitos que realizam as práticas, bem como a partir das inter-relações ou intersubjetividades destes com o mundo e com outros sujeitos na produção de novas relações objetivas e subjetividades favoráveis às transformações necessárias no âmbito dos serviços de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família, estando inserida num determinado contexto social, político e cultural, coloca para os sujeitos que nela atuam ou trabalham, a necessidade de ser e estar no mundo de uma determinada maneira, que não está dada a priori. Assim, coloca-se para estes, o desafio de na dinâmica de suas práticas, constituírem-se processualmente no espaço e momento histórico dos serviços de saúde, estabelecendo determinadas relações com seu objeto de trabalho com outros sujeitos, atores, seres individuais ou coletivos.

Nessa direção, a perspectiva de sujeito contida nas reflexões de AYRES (2001), que propõe “giros” filosóficos ao defender transformações nas práticas de saúde, parece apontar para necessidades de mudanças que vão além da (re) organização dos serviços.

O trabalho em equipe interdisciplinar, como característica do PSF nos faz pensar e considerar que, sendo cada categoria profissional formada a partir de uma determinada lógica e racionalidade é de se esperar que este aspecto por um lado cause alguns conflitos entre os profissionais e por outro possibilite ou exija por parte destes uma maior interação e reflexões acerca do papel e atribuições de cada um. Nessa direção, PEDROSA & TELES (2001) ao analisar consensos e diferenças em equipes do PSF demonstram que existem temas que

evidenciam diferenças em maior grau, reforçando características corporativas de cada categoria, evidenciando a necessidade de definir especificidades do processo de trabalho no interior do PSF.

O trabalho em equipe e o enfoque na família podem se constituir em avanços do PSF, entretanto, parece necessário um olhar mais amplo, envolvendo entre outras questões, a formação dos profissionais para trabalharem a nova proposta (ROSA & LABATE, 2005). Os aspectos assinalados podem significar repensar e até reconstruir identidades profissionais a partir do processo de formação, nas inter-relações com outros profissionais e sua própria forma de estar no mundo, não mais com uma perspectiva de atuação isolada, mas de forma conjunta ou articulada com outros.

Para PEDUZZI (2001) o trabalho em equipe consiste num tipo de trabalho coletivo que se configura através de relações recíprocas entre as intervenções técnicas e a interação dos diversos agentes. Na micropolítica do trabalho são estabelecidas relações que expressam mudanças ou manutenção de práticas. FRANCO (2002) observou, por exemplo, que os padrões de comunicação dos médicos são marcados por frases curtas, comprobatórias de suas suspeitas diagnósticas, com excesso de perguntas fechadas de modo que os pacientes em geral respondem ao conteúdo imediatamente referido não havendo abertura para tratar das queixas de modo contextualizado considerando as vivências ou significações do outro, o usuário.

Organização de grupos de educação para saúde, promoção de ações intersetoriais, visita domiciliar, estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e a população, entre outros aspectos, são ações ou atribuições da equipe de saúde da família que necessariamente os remete a uma interação com outros sujeitos que, mais do que “alvos” de uma prática técnica - científica ou “destinatários” das práticas dos profissionais de saúde, são sujeitos capazes de produzir história, constituindo-se enquanto sujeitos de sua própria história. AYRES (2001) coloca que, é preciso se pensar muito mais em intersubjetividade que em subjetividade, pois “*o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente continente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos*” remeteriam à necessidade de resignificação da concepção de sujeito no âmbito das práticas da saúde coletiva e especificamente no contexto das práticas de saúde da família.

É no campo das práticas mais concretas que nos reconhecemos (no outro) e nos fazemos sujeitos. Assim, na perspectiva heideggeriana, apontada por AYRES (2001:67), a identidade subjetiva, é “*uma identidade construída a cada vez, a cada experiência de encontro com o outro.*” Numa perspectiva marxista, podemos dizer que é através do trabalho social que os homens se constituem e se reproduzem, “*produzindo os seus meios de*

subsistência os homens produzem indiretamente a sua própria vida material” (MARX & ENGELS, 1984). “Se é o trabalho que constitui a realidade humana, e se a formação do homem está centrada no trabalho, isto é, no processo pelo qual o homem produz sua existência, é também o trabalho que define a existência histórica dos homens” (SAVIANI, 1989). Assim, no trabalho e, através deste, os profissionais de saúde, também se constituem enquanto sujeitos de necessidades materiais e necessidades subjetivas, portadores de projetos de conservação ou mudança de suas práticas e de si mesmos.

Considerando as práticas como constitutivas dos sujeitos, é possível que no desenvolvimento de ações e atividades, profissionais de saúde inseridos no PSF possam, a partir da incorporação e construção de conhecimentos e de novas tecnologias materiais e relacionais, re-significar a si e às suas práticas, no plano material do processo de trabalho, através do conjunto de relações que aí se estabelecem.

Com base nas argumentações e contexto acima explicitados, este estudo, toma como problema as possibilidades e limites dos processos educativos para contribuir com as mudanças no perfil de práticas de profissionais de saúde bem como as implicações da gestão municipal para a efetivação das mudanças na organização das ações e práticas de saúde. Considerando que tais problemas estão intimamente relacionados, este estudo pretende responder às seguintes questões:

- Quais as possibilidades e limites da ação educativa no processo de mudança do perfil profissional dos médicos e enfermeiros do PSF?
- Qual a influência da Gestão municipal/local na implementação de mudanças na organização/reorientação das práticas de atenção básica à saúde?

2 – Elementos para o Referencial Teórico

As formas de organização dos serviços e das práticas, consideradas como expressão última das políticas de saúde, terão diversos níveis de determinações:

- no plano ou dimensão macro-social, sofrem influências dos determinantes econômicos, políticos e ideológicos que compõem determinada estrutura social, num determinado tempo e lugar, especificamente da forma de organização do “sistema de serviços de saúde”, configurado por uma determinada política de saúde;
- no plano micro-social, enquanto práticas sociais, que só se realizam através da ação humana, serão determinadas pela estrutura cognitiva, pela historicidade, pela subjetividade e pela constituição ética, política e ideológica dos sujeitos que as realizam e pelas micro-relações existentes com a equipe de trabalho e com os sujeitos “alvo” das práticas. Implicações do espaço singular da micropolítica das práticas;
- em um plano intermediário sofrem influências da estrutura político gerencial e da cultura das instituições e ainda, das relações que se estabelecem com os gestores e dos modos de intervenção que adotam ou escolhem, da forma como a gestão governa ações e serviços de saúde e ainda da forma gerenciam os processos de trabalho;

A transformação dos modelos de atenção está intimamente relacionada com as possibilidades de mudanças das práticas. Portanto, pensar nessa transformação, é também pensar nas possibilidades de mudanças ao nível das micro-relações, das práticas e concepções dos sujeitos.

A complexidade do sistema de saúde e sua forma de organização nos remetem a reflexões sobre a política de saúde, sobre a estrutura organizacional e sobre a condução gerencial como fundamentais, na medida em que podem influenciar não só na organização das ações e serviços, como também, na direcionalidade e conformação das práticas adotadas nos serviços.

Mesmo reconhecendo a determinação histórica estrutural das práticas, ressaltamos que este estudo pretendeu, a partir da análise das práticas de médicos e enfermeiros egressos de um curso de especialização, que atuam em equipes de Saúde da Família, identificar/analisar possíveis determinantes das mudanças nas práticas desses sujeitos, relacionados à sua formação/re-qualificação profissional, aqueles relacionados ao desenvolvimento da própria prática e os que se relacionam com a gestão dos serviços e práticas de saúde.

Não há soluções fáceis, segundo SENGE, “os sistemas vivos tem integralidade, seu caráter depende do todo. O mesmo ocorre com as organizações; para compreender as questões gerenciais mais complexas é preciso ver o sistema inteiro responsável pelo problema” (SENGE, 1990:97) Para ele a solução isolada, não resolve o problema, defendendo que se examine a interação possível entre os vários problemas, para que, num processo de análise se identifique “pontos de alavancagem” para a mudança. Tais pontos estariam exatamente nas interações, que não são identificadas quando se analisa apenas uma parte dele. Com seu “pensamento sistêmico”, busca mostrar que os problemas ou a causa destes, não estão fora do sistema.

A idéia do “pensamento complexo” de MORIN (1999), como sendo aquele que não sendo linear, e sendo capaz de considerar as influências internas e externas de um determinado fenômeno, teoria ou objeto do conhecimento, pode nos inspirar na construção do presente estudo, e que sendo multidimensional exige o suporte teórico de inúmeras concepções e o olhar sobre diferentes, mas interrelacionadas, práticas. Complexidade como qualidade do que é complexo, é o que atua a partir de ações integradas e dependentes, assumindo outras formas de expressão. Podemos dizer que o pensamento complexo constitui-se num conhecimento multidimensional.

“E a viagem em busca de um modo de pensamento capaz de respeitar a multidimensionalidade, a riqueza, o mistério do real; e de saber que as determinações – cerebral, cultural, social, histórica – que se impõem a todo pensamento co-determinam sempre o objeto de conhecimento. É isso que eu designo por pensamento complexo” (MORIN, E. - O Método II: A vida da Vida – p.14)

A questão da formação de novos perfis profissionais e a conseqüente mudança nas práticas desses profissionais, é uma questão complexa multideterminada por fatores gerais relacionados às políticas de saúde, por fatores intermediários ou singulares, ligados a gestão e gerenciamento dos serviços e ações de saúde e por fatores mais específicos ou particulares, relacionados à constituição, a formação e as relações que os sujeitos estabelecem no interior de sua prática propriamente dita.

Nesse sentido um olhar que busque investigar, identificar e explicar essa multi-determinação, necessita de abertura “transdisciplinar”¹ e criatividade para, sem desprezar os

¹ “relações estabelecidas com outras disciplinas tanto quanto com as relações com os modos de vida e as práticas de saúde, (...) como processo, estratégia de ação, modalidade de prática, e não como propriedade ou atributo de relações modelares entre campos disciplinares.” (ALMEIDA FILHO, 2000:219 e 221).

determinantes histórico-sociais das práticas, identificar no plano micro das ações de saúde, outros determinantes, sejam eles pedagógicos, relacionados à formação/qualificação, sejam processuais relacionados ao próprio trabalho, sejam aqueles relacionados à gestão dos serviços e do processo de trabalho.

Para compreender o processo de trabalho, as possíveis mudanças e as necessidades para impulsionar as mudanças, há que se recorrer a outros conhecimentos, que iluminem para além das intervenções sobre as doenças, o conteúdo das tecnologias já conhecidas e aplicadas, no âmbito da clínica e da epidemiologia.

PAIM (2002) em um seminário sobre informação e comunicação social em saúde, nos fala sobre “*janelas abertas para a arte e para a vida*”, ressaltando a liberdade e sensibilidade dos artistas para criar e ler a realidade. Com essa abertura nos convida a pensar na possibilidade de recuperar a subjetividade perdida, a refletirmos os limites da clínica e mesmo da epidemiologia social, a refletirmos sobre os diálogos possíveis com a antropologia, com a psicanálise e a filosofia para irmos além da razão instrumental e da razão estratégica que não são suficientes e não dão conta de certas dimensões que necessitam de

“um agir voltado para o entendimento, um agir comunicativo na expressão de Habermas (...) Teríamos, portanto que recompor a nossa teoria, visitar os nossos métodos e criar técnicas de ação ou mesmo tecnologias, quem sabe, que pelo menos tentem dar conta dessa complexidade do mundo da vida, que seguramente tem sido minimizada por muitas das ações clássicas no âmbito da saúde” (PAIM, 2002:244)

Não é tarefa fácil repensar para além de nossa própria formação enquanto profissionais de saúde. Que outro caminho senão a perspectiva multidisciplinar e o diálogo voltado para o entendimento? A construção do SUS é um processo complexo, que tem demandado esforços e reflexão para elaboração ou aprimoramento de métodos e técnicas de ação, sejam elas pedagógicas para favorecer a formação de novos perfis, sejam estratégias de gestão que incidam sobre a organização e reorganização dos serviços ou que favoreçam a melhoria das interações entre os vários sujeitos envolvidos na produção/reprodução de serviços, ou ainda para implementação de tecnologias tecno-assistenciais, de planejamento e de avaliação.

Pensamos que, para se operar favoravelmente a uma transformação do modelo de atenção, além da vontade política, é fundamental a conjunção de propostas conceituais, tecnológicas e desenvolvimento de investigações que possam dimensionar a aplicabilidade, coerência e potencial sinérgico de cada uma delas para alavancar mudanças no perfil profissional, no processo de trabalho ou práticas, no processo de gestão das ações e serviços.

As práticas enquanto ação social podem ser consideradas “*como o modo de realização do científico e do tecnológico na vida social*” (SCHRAIBER, 1995b) e tem-se constituído, tradicionalmente, como sendo a esfera técnica da saúde. Os estudos sobre o processo de trabalho de produção direta da assistência e dos cuidados em saúde têm iluminado diversas proposições para organização dos serviços e/ou reorganização das práticas de saúde (DONÂNGELO, 1979; MENDES GONÇALVES, 1994; PAIM, 1993, 1994; TEIXEIRA, 2002; SCHRAIBER, 1990; MERHY, 1997). Tais reflexões colocam a questão do trabalho em saúde como centro da análise das práticas, demonstrando que essa temática é fundamental no processo de transformação dos modelos de atenção a saúde e demanda investigações e estudos acerca das práticas de saúde, no que se refere a sua organização, aos seus elementos constitutivos, aos aspectos tecnológicos e às relações que se constituem no processo de realização destas.

Estudos na perspectiva das “organizações que aprendem” desenvolvidos por SENGE (2003), têm sido utilizados por URIBE (1999, 2003) em suas reflexões, mostrando os possíveis nexos entre a intersubjetividade e a gestão e que possibilitam a formulação de propostas de aprendizagem organizacional que venham a favorecer a identificação de aspectos da gestão favoráveis às transformações nas práticas de saúde.

Os estudos de TESTA (1995) sobre a questão do poder numa perspectiva do “Pensamento Estratégico” ajudam a refletir quanto a conformação das relações de poder entre os sujeitos envolvidos na produção e na gestão de serviços de saúde, já que as questões ligadas ao poder e ao controle invariavelmente se fazem presentes na vida das organizações e dos processos de trabalho mais especificamente.

HABERMAS (1987) com sua teoria da “ação comunicativa” tem inspirado reflexões quanto à constituição de sujeitos do conhecimento baseados na discursividade contidas na linguagem e no diálogo enquanto possibilidade de entendimento e emancipação, validadas pela intersubjetividade. Questiona a concepção instrumental que olha o mundo e ou outros como objetos de conhecimento e poder, reconhecendo a possibilidade dos sujeitos, em seu desenvolvimento histórico, se situarem e agirem junto com outros sujeitos no “mundo da vida”². No campo da Saúde, AYRES (1997), entre outros autores, utiliza essas reflexões para compreender comunicacionalmente a razão, que, a seu ver, permite uma redefinição dos desafios da educação para construção de uma autonomia responsável de sujeitos em interação

² “Mundo da vida” enquanto espaço social onde se dá o processo cooperativo de interpretação, no qual todos os participantes se referem ao mundo objetivo, ao mundo social e ao mundo subjetivo, apoiados em trocas subjetivas: de crença nas verdades compartilhadas; de acordos sobre regras reconhecidas; de entendimento das manifestações de vivências subjetivas.

na produção e aplicação dos conhecimentos científicos. Enquanto PAIM, baseado na idéia do agir comunicativo, chama a atenção para a “*possibilidade de captar as vivências, o intersubjetivo, entre os grupos que têm uma dada problemática de saúde e que interagem dentro de uma determinada situação de saúde...*” (PAIM 2002:244).

As reflexões acima colocadas nos iluminam a pensar, além das características dos elementos constitutivos do processo de trabalho, na sua dimensão relacional, especialmente do âmbito da micropolítica do trabalho vivo (MERHY, 1997) e conseqüentemente na necessária comunicação intersubjetiva no interior dos serviços de saúde seja nas inter-relações entre gestores e trabalhadores de saúde no processo de gerenciamento e entre estes e os usuários de serviços na produção de cuidados à saúde.

Por outro lado, considerar as ações de saúde, enquanto práticas sociais dirigidas a fins e como parte de uma totalidade social, traz em seu bojo um caráter histórico, uma direcionalidade técnica e também política, na medida em que se entende que, em última instância são determinadas pela estrutura social, política e econômica, como evidenciaram DONNANGELO e PEREIRA (1979) em seus estudos. Sob outro olhar, dada a complexidade dessas ações pelos seus fins e pela multiplicidade de sujeitos, que as realizam, com diferentes formações profissionais, e ainda pela conformação do próprio campo da saúde onde estas se desenvolvem, há que se levar em conta diversas dimensões de análise, seja no plano particular da gestão dos serviços de saúde ou no espaço singular onde se desenvolve o processo de trabalho em si. Desse modo, nos parece necessário buscar como referencial analítico, os vários modelos teóricos e pesquisas empíricas já desenvolvidas, que possam contribuir para análise do processo educativo vivenciado pelos profissionais, das suas práticas e do processo de gestão da organização na qual estão imersos.

As diversas dimensões do objeto em estudo foram investigadas, com a “lente” da teoria do processo de trabalho, apresentada por MENDES GONÇALVES (1988, 1992, 1994), mas, sem desconsiderar outras referências que ajudaram a iluminar as questões investigadas e posteriormente analisadas. As contribuições de MERHY (1997, 2002), ampliaram as possibilidades de análise do trabalho em saúde na medida em que trás a dimensão relacional presente na micropolítica do trabalho vivo. O triangulo de governo proposto por MATUS (1996) foi útil na análise das questões relacionadas a gestão municipal. As Reflexões, idéias e estudos de PAIM (1993, 1994, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2005) e de TEXEIRA (1993, 2001, 2002, 2003, 2004) não só iluminaram como se constituíram num certo fio condutor de várias questões desse estudo. Aspectos das abordagens histórico - social ou histórico - crítica apresentadas por estudiosos de Lev S. Vigotsky, Leontiev (DUARTE, 2001,2004; REGO,

2002; OLIVEIRA, 1996) dentre outros foram úteis para análise do processo educativo e suas relações com a prática. Enfim, sendo um estudo de caso, várias questões, emergiram no próprio processo de investigação o que demandou utilização de variados referencias e contribuições teóricas.

2.1 - Dimensão da prática enquanto processo de trabalho

No processo de construção e implementação da Reforma Sanitária Brasileira, inicialmente, houve um maior investimento nas dimensões jurídica, financeira e macro-organizacional. Recentemente, a discussão em torno da reorganização ou reorientação das práticas tem ganhado importância estratégica, na medida em que a organização dos serviços de saúde e as práticas de atendimentos e cuidados a saúde têm uma importância estratégica para a Reforma Sanitária no que se refere à construção de modelos de atenção alternativos ao modelo ainda hegemônico.

Assim, o atual sistema de serviços de saúde na sociedade brasileira vem passando por uma reorganização ou reconstrução de suas bases jurídicas, políticas, filosóficas e organizacionais, evidenciando uma necessidade de reestruturação na organização tecnológica das práticas de saúde consideradas por alguns estudiosos como sendo o “núcleo duro“ do sistema.

A complexidade desse sistema em sua totalidade, as diferentes realidades locais onde permanentemente são geradas novas necessidades de saúde, é um desafio para a formulação de políticas de saúde, para a planificação e para a reorientação do modelo de atenção a saúde. Tal desafio demanda a construção de novas concepções e práticas de saúde que favoreçam o desenvolvimento de um modelo tecnológico de organização dessas práticas, voltado para os reais problemas e necessidades da população.

Refletir sobre as práticas de saúde e sua organização é pensar o processo de trabalho enquanto ação social que produz objetos ao tempo em que participa da reprodução dos sujeitos. È também pensar nas dimensão comunicativa e relacional do processo de produção em saúde. O processo de trabalho, enquanto prática social, pode ser considerado em sua totalidade a partir da noção de necessidades (PAIM, 1980; HELLER,1989; STOTZ,1991; SCHRAIBER & MENDES GONÇALVES, 1996) e do desvendamento e recontextualização conceitual do termo “tecnologia” feita por MENDES GONÇALVES (1988).

Nessa perspectiva, são de fundamental relevância as contribuições de MENDES GONÇALVES (1988, 1992) quanto à questão tecnológica relacionada às práticas de saúde e às reflexões sobre as interconexões entre as práticas de saúde enquanto processos de trabalho, dotado de especificidade e historicidade, e a noção de necessidades de saúde. O referido autor define práticas de saúde como a *“reiteração articulada de um modo de inserção na divisão social do trabalho relacionada à reprodução de padrões histórica e socialmente significativos de normatividade”* (MENDES GONÇALVES, 1988:33). Esclarece ainda que a normatividade *“pode expressar, conceitualmente, uma característica ontológica específica do ser humano, por reter sua sociabilidade e sua historicidade”* (MENDES GONÇALVES, 1988:33).

Com criticidade e rigor explicativo, MENDES GONÇALVES (1988) inova trazendo uma reflexão detalhada sobre os momentos constitutivos do processo de trabalho. Pontua a interação entre os momentos referentes ao objeto, às atividades e aos instrumentos e aponta mais três conceitos necessários à compreensão do trabalho humano, os quais, em nossa opinião, poderão abrir possibilidades e contribuir com as reflexões acerca de caminhos para construção das mudanças das práticas no campo da saúde. Os conceitos interconectados que o autor apresenta para fazer uma diferenciação do trabalho humano, e que também podem servir às reflexões e às possibilidades de reorganização das práticas de saúde, são:

- o conceito de **finalidade**, que trás a idéia de projeto antes mesmo que a transformação se dê e valoriza a possibilidade de se planejar na medida em que se refere a *“antevisão humana do produto que orienta a configuração de objetos, instrumentos e atividades em direção a um fim”* (MENDES GONÇALVES, 1988:21).
- as **necessidades** que determinam o trabalho são históricas e têm sua objetivação através do trabalho, o que acarreta uma necessária articulação entre as características do trabalho e das necessidades, que por sua vez, em interação com este trabalho e com a organização social, correspondem a características qualitativas só historicamente compreensíveis no homem (MENDES GONÇALVES, 1988:22).
- a **sociabilidade** conjugada com os conceitos acima explicitados dará o dinamismo histórico necessário para explicação da racionalidade. Através de sua relação com objetos e instrumentos vai imprimir diferenças globais a todo processo (MENDES GONÇALVES, 1988:23).

Finalidade e **necessidade** são consideradas pelo autor, conceitos conexos e têm o potencial de se constituírem como ferramentas intelectuais adequadas à compreensão do trabalho humano e são capazes de apreender a realidade histórica empírica.

As necessidades, em interação com o trabalho e com a organização social, embasam a configuração geral da estrutura dos serviços e podem influenciar a organização tecnológica do processo de trabalho que aí se desenvolve (SCHRAIBER & MENDES GONÇALVES, 1996).

Tentando transpor o raciocínio crítico de MENDES GONÇALVES no que se refere à interação articulada dos conceitos de necessidade, finalidade e sociabilidade do processo histórico de produção, pode-se inferir que no plano das práticas de saúde, os fins e as necessidades podem conferir potencialidades de mudanças, ao tempo que vão determinar a organização tecnológica desse trabalho. Dentro dessa lógica, a escolha das tecnologias, enquanto instrumentos de trabalho, estarão ou deverão estar consubstanciadas às finalidades/necessidades. A organização tecnológica, não pode ser compreendida fora da determinação que permite explicar o trabalho como parte da reprodução social. A reprodução de um determinado tipo histórico de relações sociais de produção constitui-se em uma característica essencial das práticas de saúde.

Com base nessas reflexões, e tomando o processo de trabalho como uma dimensão fundamental para desencadear as mudanças necessárias no atual modelo de atenção, pensamos que as necessidades devem ser consideradas ao se definir as finalidades da organização do sistema e dos serviços de saúde. Devem procurar inovar e apontar possibilidades que permitam aberturas tecnológicas que favoreçam mudanças nas práticas de saúde de modo a propiciar uma organização tecnológica do trabalho em saúde mais adequada aos princípios do SUS.

As práticas de saúde, enquanto ações sociais, no plano micro, expressam a totalidade do sujeito, no plano intermediário, refletem os modelos de atenção e de gestão que consciente ou inconscientemente, são adotados num determinado tempo e lugar. Enquanto que, no plano macro, estas práticas estão articuladas ao conjunto de práticas que compõem a estrutura social e, portanto, *“dependem de determinantes estruturais econômicos, políticos e ideológicos”* (PAIM, 2002:163).

As críticas ao desenvolvimento dos serviços de saúde e em especial da prática médica tradicional, realizadas por vários estudiosos do campo da saúde coletiva, têm contribuído com proposições capazes de oferecer subsídios teóricos e práticos para superar as limitações do modelo hegemônico caracterizado pela assistência individual curativista e por campanhas sanitárias e programas verticalizados.

A proposição de novas práticas e a resposta às contradições reais, originadas nessa prática, *“só pode ser buscada no reconhecimento das próprias contradições, no interior das situações concretas em que são realizadas aquelas práticas”* (SCHRAIBER, 1989:127).

Portanto, é a partir da observação das formas como se organizam e como se realizam as ações e práticas que vamos identificar suas limitações e necessidades de transformações para o alcance dos objetivos e princípios do SUS.

As propostas alternativas de organização das práticas têm se inspirado nas reflexões e pesquisas de alguns estudiosos do campo da “Saúde Coletiva”, a exemplo de DONNANGELO (1979, 1989), que a partir da análise das relações entre a medicina e a estrutura social, sistematiza críticas a uma das formas da prática médica, a Medicina Comunitária; AROUCA (1975), que realiza uma análise crítica acerca da medicina preventiva; e MENDES GONÇALVES (1979, 1994) que aprofunda estudos sobre a prática médica, tomando como campo os centros de saúde de São Paulo.

Com o objetivo de superar limitações dos modelos de atenção, ainda hegemônicos, várias concepções e estratégias de organização dos serviços e práticas de saúde, têm sido formuladas e, em algumas situações, até experimentadas (PAIM, 1993B, 1999, 2002c, 2003; MERHY, CAMPOS & CECÍLIO, 1994; TEIXEIRA, 1993, 2002; SCHRAIBER, 1995,1996).

TEIXEIRA (2003), buscando “*caracterizar as principais propostas de mudança no conteúdo e na forma de organização das práticas de saúde que vem sendo elaboradas*” nos últimos 15 anos de construção do SUS, faz uma análise das possíveis mudanças dos modelos de atenção à saúde, registrando que “*nenhuma delas dá conta sozinha, de todos os aspectos envolvidos no processo de mudança das práticas de saúde*” e identificando as principais experiências desenvolvidas ou propostas, as quais, além de se constituírem num ‘laboratório’ vivo, expressam “*um processo de ‘interfertilização’ entre a experimentação prática no âmbito de sistemas estaduais e municipais de saúde e a reflexão teórico-crítica de diversos grupos acadêmicos*” (TEIXEIRA, 2003:259).

A apresentação sintética das principais formulações, por um lado, vai ajudar a compreender ou visualizar as características e enfoques mais marcantes de cada uma delas e, por outro, as ações propostas em cada uma das concepções poderão iluminar a definição das categorias operacionais a serem adotadas no presente estudo.

As Ações Programáticas em Saúde, como modelo operatório das práticas em saúde, concebida nos anos 90, têm suas raízes nas reflexões de docentes pesquisadores e outros profissionais da Saúde Coletiva ligados ao Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP), inseridos no Centro de Saúde Escola Dr. Samuel Pessoa. Esta proposição surge no bojo do debate sobre as formas mais adequadas de organização dos serviços de assistência à saúde no Brasil e trás para o centro do debate a questão da programação e a discussão quanto à competência e adequação dos processos de trabalho para

intervenção sobre o processo saúde-doença, colocando a possibilidade de ampliar as questões quanto às diretrizes políticas necessárias a uma melhor estruturação das práticas em saúde (SCHRAIBER, 1990). Propõe a reorganização do processo de trabalho a partir da programação e se baseia na tese de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves ³ que desenvolveu o conceito de “*modelo de organização tecnológica do trabalho*”, entendendo-o como o “*esquema operatório nuclear do trabalho*” (NEMES, 1990:66).

A ação em saúde é concebida “*como o modo de realização do científico e do tecnológico na vida social*” (SCHRAIBER, 1995b:29), relaciona-se ao processo e à dinâmica do trabalho e, portanto, ao processo de produção da atenção à saúde. Ao propor a programação como um modelo operatório das práticas, subordinando o trabalho assistencial clínico à lógica da programação, toma como objeto ou por referência a coletividade, propondo, prioritariamente, a utilização do saber e dos instrumentos da epidemiologia.

A proposta de Distrito Sanitário é apresentada enquanto espaço estratégico para organização social das práticas de saúde. Passou a ser difundida no Brasil, como “conceito estratégico” no processo de Reforma Sanitária. Além de ser concebido enquanto modelo para organização gerencial de recursos e serviços de saúde num determinado território, foi pensado como modelo de prestação de serviços de saúde a uma determinada população. Essa segunda opção tem as *práticas de saúde* como referencial básico para sua fundamentação, valendo-se de saberes produzidos, principalmente, pela epidemiologia, pelas ciências sociais e pela clínica, para pensar “*certas combinações de tecnologias a serem acionadas em função de problemas de saúde identificados dentro de um dado perfil epidemiológico de uma população*” (PAIM, 1994b:189).

A Vigilância da Saúde, entendida como uma proposta alternativa no bojo do processo de reorientação do “modelo assistencial” do SUS, apresenta um modelo de atenção que busca superar os modelos vigentes, através da redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e sua cultura. Esta proposta aponta para superação da dicotomia entre as chamadas práticas coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária) e as práticas individuais (assistência ambulatorial e hospitalar) incorporando contribuições da nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais. Tem como suporte

³ Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de saúde de São Paulo, Dep. De Medicina Preventiva – FMUSP, 1988. Organização tecnológica é conceituada pelo autor “*enquanto forma variável e contraditoriamente adequada de organizar ‘internamente’ certas práticas referidas à saúde e à doença, ao mesmo tempo em que forma variável e contraditoriamente adequada de suportar a articulação dessas práticas na totalidade social*”.

político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e práticas de saúde ao nível local (TEIXEIRA et al., 1998) e, ao lado de outras propostas, tem inspirado a Estratégia Saúde da Família adotada pelo Ministério da Saúde como política de reorientação dos serviços.

Segundo PAIM (2003), existem várias vertentes e variações terminológicas para ‘vigilância da saúde’, no entanto, nos interessa, para fins desse estudo, considerar a vertente que a considera como uma “*proposta de ação para redefinição de práticas sanitárias*” (PAIM & TEIXEIRA, 1993, apud PAIM, 2003), a qual apresenta como características: “*intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamentos contínuos; operacionalização do conceito epidemiológico de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; ação intersetorial; ações sobre o território; intervenção sob forma de operações*” (TEIXEIRA, PAIM & VILASBÔAS, 1998, apud PAIM, 2003:168).

A implementação ou implantação de práticas alternativas, como, por exemplo, o desenvolvimento “*das práticas de Vigilância em Saúde implica uma mudança na concepção, na “visão de mundo” dos profissionais e trabalhadores de saúde, exigindo um esforço de redefinição do seu modo de pensar e de agir com relação à saúde e sua promoção e recuperação no plano individual e coletivo*” (TEIXEIRA, 2003:50).

O chamado modelo tecnoassistencial da política de saúde em “defesa da vida” foi desenvolvido por professores pesquisadores do Laboratório de Planejamento e Saúde (LAPA) da UNICAMP e implementado em alguns municípios. Estes apresentam sua proposta como um projeto político e um modelo de ação, articulados a determinadas forças e disputas sociais, entendem que a discussão sobre modelo assistencial envolve a organização da produção de serviços de saúde e se apóiam numa dimensão assistencial e numa dimensão tecnológica. Os modelos assistenciais, nessa corrente, são pensados a partir dos micro-espacos, focando a micropolítica de organização dos processos de trabalho e são concebidos como

“formas de organização da produção de serviços, a partir de um determinado arranjo de saberes (...) associada, portanto aos processos e tecnologias de trabalho, a um certo modo de agir no sentido de ofertar certos produtos e deles obter resultados capazes de melhorar a situação de saúde do usuário individual e coletivo” (MERHY & FRANCO, 2003:317).

Se constituem a partir de uma pactuação e tensão entre os atores sociais implicados no processo de produção da saúde, sejam os trabalhadores, os usuários, o governo instituído ou os mercados que de algum modo expressam seus interesses no âmbito da saúde, enfim,

sujeitos individuais ou coletivos, que se colocam na cena da produção da saúde. No plano gerencial, defendem maior democratização e participação popular. Os princípios que norteiam esta proposta são: gestão democrática expressa na co-gestão entre usuários, prestadores e governo; saúde como direito de cidadania; serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva. Valorizam a constituição dos trabalhadores como “indivíduos-sujeitos” e a democratização da gestão buscando sempre uma nova forma para gerir os serviços e unidades de saúde, com base na perspectiva de autonomia das equipes e construção da motivação dos trabalhadores. Para tanto, tomam como “problema-guia” a humanização do processo de trabalho e da relação entre a instituição saúde e os usuários.

“A humanização do processo de trabalho de saúde, tornou-se elemento constitutivo do eixo que se adotou no processo de intervenção. Esta permite o exercício da autonomia do trabalhador, sob o enfoque do controle público, viabilizado a partir de um contrato entre os interessados (...) o trabalhador coletivo, o gestor governamental e os usuários articulam-se em arenas institucionais que se transformam em espaços públicos de gestão...” (MERHY, 1994:130).

A partir dos conceitos de “tecnologias materiais” e de “tecnologias não-materiais”⁴ desenvolvidos por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves e do conceito de “interseção”⁵ construído por Deleuze e Guatarri, discutem a dimensão relacional do trabalho que seria o ‘trabalho vivo’ ou trabalho em ato no momento da produção em si, quando, a partir da realização do cuidado à saúde, se estabeleceriam relações intercessoras que, por sua vez, caracterizariam as chamadas tecnologias-leves, as quais, por possuírem um caráter relacional, se constituem como formas de *“agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado”* (MERHY & FRANCO, 2003:318).

Buscam discutir a organização do processo de trabalho em saúde que responda tecnologicamente aos problemas e defendem que na realização do trabalho em saúde, existe uma correlação entre “trabalho morto” e “trabalho vivo”⁶, a qual denominam de “Composição Técnica do Trabalho”.

⁴ Tecnologias materiais se referem àquelas que utilizam instrumentos materiais já estruturados para produzir certos produtos ou resultados, tecnologias não materiais se referem àquelas que tomam por base conhecimentos técnicos, tendo uma produção mais intelectual, que envolve o agir e as relações entre sujeitos.

⁵ Segundo MERHY E FRANCO (2003) este conceito, contido no livro *Antiédipo* de Deleuze e Guatarri, refere-se a um ‘inter’, onde sujeitos se colocam como instituintes de novos processos. Que se produz a partir das relações entre sujeitos “no espaço de suas intersecções”, existindo para todos os envolvidos ‘em ato’ e que não existiria senão a partir da relação em processo.

⁶ Trabalho Morto (TM), são os instrumentos, sobre os quais e que para sua realização, já se aplicou anteriormente um trabalho. Trabalho Vivo (TV) é o trabalho em ato (MERHY & FRANCO, 2003)

Essa abordagem, para análise da “micro-política” do trabalho em saúde, é fundamental, especialmente quando se pretende estudar as práticas de profissionais de saúde, pois é nesse espaço singular onde se realizam e se objetivam as práticas, onde pode-se identificar “brechas” para “construção de ‘dispositivos’ de mudanças que busquem no usuário final dos serviços de saúde o seu mais profundo significado.” (MERHY, 1997:72). No entanto, considerando-se as tensões e disputas de idéias e projetos, presentes na complexidade das organizações de saúde, para análise das práticas em sua totalidade, faz-se necessário levar também em consideração a “macro-política” do trabalho em saúde, ou seja, as influências estruturais e políticas de outras dimensões mais gerais. Numa sociedade capitalista como a nossa, segundo MENDES GONÇALVES (1988), além das características dos agentes sociais, as características de produção do instrumento e das formas de organização tecnológicas das instituições de saúde devem ser consideradas enquanto determinações históricas concretas.

Assim, neste estudo, a prática dos profissionais de saúde foi assumida enquanto ação social, historicamente determinada, como técnica e como processo social, subjetiva e relacionalmente organizado por um sujeito que também se constitui historicamente a partir das relações que estabelece na micropolítica do trabalho, nos processos de formação/qualificação profissional e nas diversas formas de gestão onde estão inseridas.

2.2 - Dimensão do Processo Educativo

A ação educativa constitui-se num espaço privilegiado para constituição e interação entre sujeitos, visto que é um fenômeno eminentemente humano, que além de ter um caráter histórico e multidimensional, possui dimensões humana, técnica, cognitiva, emocional e sócio-política-cultural. Este processo, não sendo neutro, carrega uma intencionalidade e uma visão de mundo e só se estabelece através de uma relação entre mais de uma pessoa, constituindo-se num espaço privilegiado de reflexão, interação e produção de conhecimentos, novas concepções e subjetividades favoráveis a processos de mudanças.

Ao discutir possíveis implicações dos processos de mudanças, PAIM (2000), apesar de valorizar o caráter histórico e estrutural em processos de mudanças, lembra aspectos subjetivos dos recursos humanos que, além de fazerem coisas, constroem e implementam projetos, têm sonhos. Este autor afirma que, se o “propósito for transformar as práticas de saúde mediante a redefinição de políticas e a reorganização dos processos de trabalho não se pode subestimar a questão pedagógica” (PAIM, 2000:100).

A ação educativa e as estratégias pedagógicas podem ser apontadas como possibilidade de uma efetiva contribuição para reorientação de perfis profissionais ou mesmo para transformar os “sujeitos da vida em sujeitos sociais” no dizer de TESTA (1997) ou numa perspectiva Freiriana, desenvolver processos que levem os indivíduos de uma consciência intransitivada⁷ para uma consciência crítica (FREIRE, 1987).

Buscando identificar as circunstâncias, situações e os processos que dão origem à conformação dos atores sociais, TESTA (1997), tomando como referência contribuições de Piaget, reconhece que a ação destes é fundamental aos processos de transformação. Para Piaget, “o conhecimento parte da ação de uma pessoa sobre o meio em que vive, mas não ocorre sem a estruturação do vivido.” (RAMOZZI-CHIAROTTINO, 1988:4). DUARTE (2001), apoiando-se em Leontiev, vai além da perspectiva construtivista de Piaget, e destaca o caráter intersubjetivo da construção do conhecimento, afirmando que entre outras coisas isto significa

“considerar que o individuo não pode elaborar seu conhecimento individual a não ser apropriando-se do conhecimento historicamente produzido e socialmente existente..(...) O individuo humano se faz humano apropriando-se da humanidade produzida historicamente. O individuo se humaniza reproduzindo as características historicamente produzidas do gênero humano. Nesse sentido reconhecer a historicidade do ser humano significa, em se tratando do trabalho educativo, valorizar a transmissão da experiência histórico social, valorizar a transmissão do conhecimento socialmente existente ”. (DUARTE, 2001:92-93)

A ação educativa, vista como uma ação política, embora isoladamente, não se constitui em determinante do processo de transformação das práticas de saúde, mas pode contribuir para formar perfis profissionais comprometidos com as mudanças sociais e/ou setoriais, desde que seja guiada por alguns pressupostos, estratégias adequadas e condições necessárias para que essa possibilidade se realize. Dessa forma, poderia ser uma estratégia para o enfrentamento dos desafios atuais da saúde coletiva na constituição de

“sujeitos sociais comprometidos com novas utopias, estabelecendo canais de comunicação com outros sujeitos sociais que passem da condição de usuários ou destinatários de serviços públicos e de políticas de saúde para um patamar, mais elevado, de parceiros e cidadãos” (PAIM & ALMEIDA FILHO, 2000).

Processos educativos, que têm profissionais de saúde como clientela alvo, podem constituir-se em espaços privilegiados para formação destes enquanto sujeitos sociais e como

⁷ Neste nível, a consciência não capta a verdadeira causalidade dos fatos, levando o homem a um quase descompromisso com sua existência. Ao avançar para uma consciência transitivo-crítica, ele passa a ter uma compreensão dos fatos a partir dos princípios causais, das inter-relações, evitando preconceitos e explicações mágicas, próprias da consciência semi-intransitiva ou mágica (FREIRE, 1987).

dinamizadores de outros processos educativos ao interior dos serviços e/ou áreas de abrangência onde estão inseridos.

A ação pedagógica é constituída de várias dimensões: uma dimensão técnica, através da qual se constrói, apreende e compreende um conhecimento; uma dimensão política, na medida em que não é uma ação neutra; uma dimensão relacional, porque envolve mais de um sujeito; e uma dimensão educativa, já que, através desta, se busca algum tipo de modificação nos sujeitos envolvidos.

Por meio da ação educativa, os indivíduos são influenciados pelo meio social, mas também tornam-se capazes de, apreendendo de forma reflexiva e crítica essa realidade, estabelecerem uma relação participativa e transformadora no meio em que vivem e trabalham. Mais que isso,

“ quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias.” (FREIRE, 1981:30)

A ação educativa, especialmente o papel do professor nesse processo, é valorizada por Vigotski (1993) quando faz uma análise das relações entre ensino e o desenvolvimento intelectual em idade escolar. Este chama atenção para o que ainda não amadureceu, ou seja, que é preciso estar atento para as potencialidades, pois existiriam dois níveis de desenvolvimento: o atual, já desenvolvido, e a zona de desenvolvimento próximo, onde estão as potencialidades, as quais envolvem o que a criança não faz sozinha mas pode fazer com a ajuda de um adulto. Do ponto de vista conceitual, e buscando uma analogia com processos de qualificação profissional, podemos dizer que, para ir além do que já faz em seu processo de trabalho, o profissional precisaria participar desses processos para se apropriar de conhecimentos que permitam o desenvolvimento de outras tecnologias e outras práticas mais inovadoras e coerentes com um novo agir em saúde. Da mesma forma que o *“ensino deve orientar-se não ao ontem, mas sim ao amanhã do desenvolvimento infantil. Somente então poderá a instrução provocar os processos de desenvolvimento que se acham agora na zona de desenvolvimento próximo.”* (VIGOTSKI, 1993:241-242) os processos de capacitação ou qualificação profissional precisam estar direcionados a uma perspectiva futura de incorporação e objetivação, através dos sujeitos, de novas práticas, mais aderentes às mudanças previstas para o SUS.

Psicólogos estudiosos de uma perspectiva histórico-crítica ou histórico-social do desenvolvimento humano, como Vigotski, Leontiev, Elkonim, Luria entre outros, tomaram a

“atividade” como categoria central de suas reflexões (não por acaso “atividade” é uma categoria central do materialismo histórico - dialético) e, através dela, buscam estudar o desenvolvimento do psiquismo humano.

Ao tomarem esta categoria, propõem uma periodização do desenvolvimento, na qual, em cada estágio do desenvolvimento, existe uma atividade principal, através da qual o indivíduo vai desenvolvendo suas capacidades materiais e intelectuais ou psíquicas. Os mesmos fazem uma importante ressalva de que essas seqüências no tempo não seriam imutáveis. Os estágios de desenvolvimento vão estar na dependência das condições concretas nas quais ocorre o desenvolvimento. Assim, a atividade principal do trabalho, que seria um dos estágios de desenvolvimento, em cada época e em cada sociedade, se desenvolveria de uma determinada forma, de acordo com as exigências sociais. De acordo com Leontiev (1978, apud FACCI, 2004)

“o homem apropria-se do mundo dos objetos por meio das relações reais que estabelece com o mundo. Essas relações são determinadas pelas condições históricas concretas, sociais, nas quais o homem se desenvolve e também pela maneira como a sua vida se forma nessas condições e como ele se apropria das objetivações já produzidas e transmitidas por intermédio da educação” (FACCI, 2004)

Nessa direção, a apropriação de novas práticas e conhecimentos historicamente produzidos, e posterior objetivação nas práticas atuais, pelos trabalhadores, vai depender das relações reais que estabelece com mundo e daquelas que estabelece no processo de trabalho. Tais relações serão determinadas pelas condições históricas concretas e sociais nas quais os trabalhadores vivem e pela forma que ele se apropria dessas objetivações e que são transmitidas também por intermédio dos processos educativos de formação e qualificação profissional.

Num movimento dialético, e considerando a educação como uma ação eminentemente humana, os indivíduos, “influenciados” pela ação educativa, podem agir segundo as circunstâncias do meio onde vivem ou podem, conscientes de seu poder de transformar sua realidade, agir segundo seus valores, ou suas crenças, para dinamizar processos de transformação social, setorial ou pessoal, quando tratar-se questões singulares, de sua esfera privada.

Paulo Freire propõe uma "educação dialógica" e destaca que a educação, além de ser um ato de conhecimento é também um ato político. Assim, toda ação pedagógica tem forma e conteúdo que se relacionam com uma determinada maneira de ver e estar no mundo, com

certa concepção de conhecimento e com um determinado conceito de aprendizagem (FREIRE & SHOR, 1986).

Na Teoria da Ação Comunicativa de HABERMAS (1987), a ação diz respeito a uma relação entre atores sociais e se dá através da linguagem, que, por sua vez, é condição básica para a interação social. Isto sugere que, para ele, *“os atores sociais são vistos como entidades capazes de usar a linguagem em contextos comunicativos”* (CONH, 1993).

O uso do diálogo como meio para o desenvolvimento de ações educativas, proposto por Paulo Freire, parece ser uma estratégia que guarda similaridades com o uso da linguagem entre pessoas visando o entendimento defendido por Habermas. Em ambos os casos, as relações entre os atores sociais têm um caráter comunicativo.

No momento, em que, no âmbito da Saúde Coletiva, existe uma necessidade de formação de sujeitos, com novos perfis, com diferentes graus de competências, e que isto depende, segundo PAIM & ALMEIDA FILHO (2000), do desenvolvimento científico e tecnológico, da consolidação de novos paradigmas, de inflexões produzidas na pedagogia e nos meios de aprendizagem, torna-se relevante, investigar/avaliar determinados processos educativos, como possibilidade de contribuírem para constituição de sujeitos sociais, a partir de processos de qualificação profissional.

Em qualquer processo educativo, mais que a forma de “ensinar”, é fundamental que se leve em consideração os conteúdos que dão concretude às finalidades da ação educativa e a questão de como o ser humano conhece ou aprende. Sendo a aprendizagem um processo de idas e vindas, de reflexão e ação, necessita-se tempo para o sujeito investigar e atuar de forma ativa, aplicando suas formas de conhecer e aproximar-se, cada vez mais, do conteúdo a ser aprendido. Há que se considerar, além do conteúdo, a abordagem pedagógica a ser adotada, pois se existe uma lógica no ato de conhecer/aprender do homem e é preciso refletirmos qual a melhor forma de se organizar atividades educativas de modo a facilitar a aprendizagem do sujeito.

A demanda por um novo perfil profissional, se insere e se articula com as mudanças introduzidas na organização do trabalho no âmbito da saúde a partir da construção do SUS, o que demanda um trabalhador com qualificação mais ampla, com conhecimentos e habilidades que vão além do que oferece a clínica e a epidemiologia.

Na medida em que a graduação, em sua maioria, não tem incluído, suficientemente, temas relacionados às ciências sociais, um curso de qualificação por si só, não é suficiente. A Estratégia Saúde da Família, além de uma qualificação mais diversificada, requer maior envolvimento emocional e social ao trabalhador.

Considerando que as características do trabalho no PSF requerem do profissional uma potencialização da sua capacidade de comunicação, interpretação de dado, integração funcional, além de uma geração, absorção e troca de conhecimentos profissionais, integrado a outras aptidões e vivências sócio culturais, as alterações demandadas no perfil profissional não se restringem ao âmbito da qualificação profissional, mas implicam alterações na gestão do trabalho, envolvem o conteúdo e a forma como o trabalho é realizado, como se caracterizam as relações e a socialização no ambiente de trabalho, chegando a atingir a subjetividade desse trabalhador e seu próprio comportamento. Nesse sentido, a qualificação precisa ser vista como uma construção social, para dar conta das necessidades emanadas da organização do trabalho.

Essa construção social envolve não apenas a qualificação em si, mas também uma perspectiva de uma qualificação consciente para si, de modo que, ao se qualificarem, consigam refletir sua práxis de forma crítica e inovadora. Este aspecto nos remete à constituição de sujeitos capazes de, ao se pensarem objetivados em sua prática, repensem as finalidades e a organização do próprio trabalho numa perspectiva, de, a partir do seu fazer, dinamizar as mudanças identificadas como necessárias. Ao se pensar na constituição de sujeitos “dinamizadores”, há que se refletir e buscar implementar estudos, estratégias e definições políticas que viabilizem a Reforma Sanitária Brasileira, tanto nos planos político, jurídico, gerencial e social, como também no plano da ação dos trabalhadores, pois é nestes que reside a possibilidade de uma prática técnico-social consciente, crítica e dignamente comprometida com as necessidades políticas e sociais da maioria da população brasileira (FONTOURA, 1996).

Existem várias formas de influenciar a ação ou prática dos profissionais, tanto através de ações pedagógicas nos vários espaços de formação, qualificação, requalificação e atualização que valorizam a aprendizagem individual, como através de condutas gerenciais que favoreçam a aprendizagem coletiva. Tais influências podem contribuir para dar novo significado as ações realizadas ou para que os sujeitos re-signifiquem seu processo de trabalho.

As estratégias pedagógicas, a organização do trabalho e a condução gerencial podem possibilitar apropriação, elaboração e reelaboração de conhecimentos e capacidades de forma que permitam à prática ver-se refletida na teoria, que, por sua vez, volta à prática, concretizando aquilo que se considera práxis (SOUZA, 2002).

Segundo TESTA (1997), a ação educativa e as estratégias pedagógicas podem ser apontadas como possibilidade de uma efetiva contribuição para reorientação de perfis profissionais ou mesmo para transformar os sujeitos da vida em sujeitos sociais.

Refletindo o trabalho enquanto princípio educativo na implementação do SUS, FONTOURA (1996), além de valorizar o processo de trabalho como base para construção do conhecimento e definição do conteúdo programático de cursos destinados a trabalhadores de saúde, destaca a importância dos métodos pedagógicos interativos e problematizadores para o desenvolvimento de um pensamento crítico sobre as práticas ainda hegemônicas. Nesse processo identifica, ainda, o papel do intelectual na condução dos processos educativos, para conferir direcionalidade política e estratégica à formação e qualificação profissional (FONTOURA, 1996).

Essa autora, no estudo acima referido, não avança na discussão teórica acerca das abordagens histórico-sociais, ou mesmo das contribuições de Vigotski, mas oferece elementos que nos permitem inferir que, ao considerar o papel dos intelectuais na condução dos processos educativos, valoriza o papel de mediação que os processos educativos tem para apropriação e objetivação de conhecimentos e práticas. Para VIGOTSKI *“construir conhecimentos implica numa ação partilhada, já que é através dos outros que as relações entre sujeito e objeto de conhecimento são estabelecidas”* (REGO, 1995:110). As interações sociais, nessa abordagem, constituem-se em condição necessária para a produção de conhecimento por parte dos alunos. Portanto, caberia ao professor ou ao intelectual que conduz um processo educativo, não apenas criar espaços de interações, mas também promovê-las, conduzi-las e mediá-las em toda e qualquer situação educativa.

Imaginamos que, para isto ocorrer, é preciso alguma “implicação” por parte dos sujeitos que participam do processo educativo. Nessa direção, num diálogo com Ricardo Ceccim, Merhy trás um desafio para nosso pensar pedagógico, que é trazer para o centro de nossas reflexões a necessidade de uma *“implicação ético-político do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe”* (MERHY, 2005) e, para o educador ou facilitador do processo educativo, ser capaz de abrir ou projetar a abertura de espaços pedagógicos relacionais nos quais, além da fala, possa haver uma “implicação” com o processo que se vivencia. A isto, ele chama de **“Pedagogia da Implicação”**, a qual, em sua opinião, deve ser perseguida por todos que querem, efetivamente, mudar o modo de se fazer saúde.

A pedagogia da implicação, apresentada por Merhy, guarda alguma relação com as idéias apresentadas por DUARTE (2001), que, apoiando-se nas categorias “objetivações

genéricas em si” e “objetivações genéricas para si”, de Agnes Heller ⁸, e, na tentativa de contribuir com a definição da educação proposta por Dermeval Saviani⁹ como sendo uma atividade mediadora da prática social global e por referência, diz que a “*prática pedagógica transforma a prática social global não de forma imediata, mas sim pela mediação da transformação dos sujeitos da prática social*” (DUARTE, 2001:3) na medida em que somos, enquanto agentes sociais

“elementos objetivamente constitutivos da prática social, é licito concluir que a própria prática se alterou qualitativamente. É preciso no entanto, ressaltar que a alteração objetiva da prática só pode se dar a partir da nossa condição de agentes sociais ativos, reais. A educação, portanto não transforma de modo direto e imediato e sim de modo indireto e mediato, isto é agindo sobre os sujeitos da prática”¹⁰

Assim, para que a prática educativa cumpra essa função mediadora, é preciso que seja capaz de gerar nos sujeitos que dela participam transformações que os levem a atuar como sujeitos transformadores da prática social global, e isto não será resultado apenas do saber historicamente acumulado, ainda que essa transmissão seja indispensável. É

“preciso tornar a prática educativa em – si em prática educativa para –si. Isto é: é preciso questionar profundamente a ação especificamente pedagógica que pretende socializar o saber, intencionalizando o conteúdo a ser transmitido em relação orgânica com uma forma adequada de maneira a tornar concretos os objetivos (os específicos e também os sociais) anteriormente previstos. (...) O objetivo último de contribuir para a transformação das estruturas teria, portanto, que ser assumido intencionalmente como fio condutor de toda elaboração e realização dessa prática educativa.”¹¹

A questão da intencionalidade da prática pedagógica, numa perspectiva de torná-la de si para si, defendida por DUARTE (2001:3-4), assemelha-se à perspectiva colocada por MERHY (2005), pois, para haver essa transformação, é preciso uma implicação ético-política dos sujeitos envolvidos na ação educativa, uma implicação com o presente e com um projeto de futuro na própria ação educativa viva em ato.¹²

Para fins deste estudo, consideraremos a ação educativa como uma ação social, relacional, dirigida por fins e por valores, e, entre suas finalidades, está a construção de conhecimentos, e, no caso estudado, vão dar sustentação, subsidiar e oferecer condições para

⁸ HELLER, A. Sociologia de la Vida Cotidiana. Barcelona, Península, 1977. (apud DUARTE, N. Educação Escolar, teoria do cotidiano e a Escola de Vigotshy. Campinas São Paulo, Atores Associados, 2001.)

⁹ SAVIANI, D. Escola e Democracia. São Paulo, Cortez e Autores Associados, 1989, 21ª edição. (apud DUARTE, N. Educação Escolar, teoria do cotidiano e a Escola de Vigotshy. Campinas São Paulo, Atores Associados, 2001:3-4)

¹⁰ Idem a referência 8

¹¹ OLIVEIRA B. “A Prática Social Global como ponto de partida e de Chegada da Prática Educativa” In: OLIVEIRA & DUARTE, N., Socialização do Saber Escolar. São Paulo, Cortez e Autores Associados, 1985:100-101 (apud DUARTE, N. Educação Escolar, teoria do cotidiano e a Escola de Vigotshy. Campinas São Paulo, Atores Associados, 2001:4)

¹² Tomando por referência a conceituação de Merhy de “trabalho vivo em ato” como um trabalho criativo e criador, instituinte que está em processo, produzindo.

objetivação de sujeitos em outras práticas que ainda não são, mas têm a possibilidade de virem a ser, práticas consubstanciadas aos princípios do SUS. Significa dizer que temos consciência que o *“conhecimento por si só não se torna ação; não é em si mesmo uma atividade transformadora, mas é força e direção da ação dos homens que se apropriam dele e que o assumem...”* (ou podem assumi-lo) *“... como base real para a transformação”* (OLIVEIRA, 1996:8).

2.3 - Dimensão Político-Gerencial

Considerando a complexidade dos sistemas de saúde e do processo de trabalho em saúde, não é suficiente pensar na mudança do perfil e das práticas dos profissionais, sem considerar outras dimensões que se implicam e se entrelaçam no fazer cotidiano da saúde. Faz-se necessário refletir, por exemplo, sobre as estruturas de organização e estratégias gerenciais que permeiam as organizações de saúde, na medida em que, direta ou indiretamente, vão influenciar na direcionalidade das práticas desenvolvidas ou adotadas no contexto do serviço. Se, por um lado, a capacitação contribui para o desenvolvimento de habilidades cognitivas e operacionais que vão influenciar nas práticas adotadas pelos profissionais, o processo político-gerencial de como se conduz o sistema e a própria equipe, também serão determinantes do conjunto de práticas.

O processo de trabalho em organizações de saúde está referido a práticas assistenciais, preventivas e promocionais, ou a práticas gerenciais. No caso dos médicos e enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família, as práticas estão inseridas em unidades onde são desenvolvidas ações e serviços e, no plano mais geral, estão relacionadas ao processo de trabalho gerencial que se desenvolve no nível mais central das secretarias municipais de saúde e sofrem influências de normas mais globais do Sistema Único de Saúde, sejam aquelas emanadas das portarias ministeriais, das NOBs¹³ ou mesmo de diretrizes estaduais aprovadas pelas CIBs¹⁴. Portanto, estes profissionais têm relativa autonomia no que se refere às normas e rotinas de trabalho, ainda que mantenham grande autonomia na relação com sua “clientela”, ou com os usuários dos serviços de saúde.

¹³ Normas Operacionais Básicas “representam instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam (...) dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (...) atuam como definidores de atribuições e competências e do grau de autonomia gestora de cada esfera de governo no sistema de saúde” (LEVCOVITZ et al 2001:273).

¹⁴ Comissões Intergestores Bipartite se referem a instâncias de negociação e decisão a nível estadual.

Além das características advindas dos processos de trabalho que se desenvolvem em seu interior e da inter-relação que, necessariamente, têm com instâncias e organismos próprios do SUS, as organizações de saúde, pelas suas especificidades, podem ser caracterizadas como instituições “hipercomplexas” (TESTA, 1997) e como “organizações profissionais” (MINTZBERG, 1995) pela diversidade de questões, ambigüidades e complexidades que apresentam.

TESTA (1997) apresenta uma perspectiva de análise institucional que leva em consideração aspectos relativos às articulações entre as “macrotecnoestruturas”¹⁵, as “mesotecnoestruturas”¹⁶ e as “tecnoestruturas”¹⁷; à origem histórica da instituição; aos seus processos de trabalho e o sentido destes no contexto social onde se situa as instituições analisadas. MINTZBERG (1995) apresenta contribuições importantes para o campo dos estudos sobre gestão e ação gerencial, especialmente no que se refere às relações de poder no interior das instituições e a questão dos processos decisórios internos, mas, diferentemente de Testa, não busca estabelecer vínculos da situação microssocial das organizações com aspectos histórico-sociais mais amplos ou com os contextos macrossociais.

TESTA (1997) apresenta aspectos e categorias imprescindíveis para a compreensão, análise e atuação em instituições de saúde, especialmente se concordarmos com o referido autor que tais instituições podem ser consideradas como “hipercomplexas” *por manifestarem em sua estrutura e funcionamento todos os problemas institucionais em sua máxima dificuldade*. (TESTA, 1997:17). Este autor, mediante uma complexa e cuidadosa reflexão acerca do enfoque econômico e do enfoque social, nos remete à necessária articulação entre estes enfoques como complementares no âmbito da análise institucional.

A partir da relação entre o significado e o sentido, TESTA (1997) explicita o confronto na ambígua relação entre o privado e o público e, por último, tenta explicar a essência da instituição ou a “alma institucional” a partir da categoria tempo, considerando os aspectos históricos e aspectos institucionais. Alguns estudos (CAMPOS, 2002; COELHO, 2001) evidenciam dilemas organizacionais, e, em especial, a dificuldade institucional de articular os enfoques econômico e social e as conseqüências da não articulação.

A análise feita por COELHO (2001) de uma instituição hipercomplexa (SESAB), baseada nas reflexões de (TESTA, 1997), mostra que as determinações históricas e político-

¹⁵ Macrotecnoestrutura “conjunto de instituições, suas normativas e relações que têm que ver com os aspectos globais do funcionamento social” (TESTA, 1997:27).

¹⁶ Mesotecnoestrutura- “corresponde ao âmbito específico da atividade analisada (...) aos organismos que orientam as atividades de serviço” (TESTA, 1997:28).

¹⁷ Tecnoestrutura- “corresponde a instituições específicas em que se analisa, suas articulações internas e suas normativas” (TESTA, 1997:28).

estruturais tanto no plano macro e mesotecnoculturais, como no plano tecnocultural do interior da organização não só definem a organização, como delimitam o campo de ação dos sujeitos e ainda limitam o potencial do planejamento, especialmente quando as relações de poder, configurando uma disputa de idéias e projetos entre sujeitos individuais e coletivos, dentro e fora da instituição, situação em que *“muitas vezes se perde o objetivo principal das ações”* (COELHO, 2001:181). Neste estudo, o embate entre o modelo médico assistencial privatista e o da Vigilância à Saúde, nos espaços intra institucionais, *“corre paralelo e ao mesmo tempo submerso às rotinas organizacionais que produzem e reproduzem essas práticas”* (COELHO, 2001:171).

As questões acima citadas, associadas ao perfil da liderança maior da organização estudada por COELHO (2001), de “não” dar direcionalidade e conferir uma autonomia relativa aos setores, mais o clientelismo e favoritismo político entranhados na conformação da instituição, as demandas e imposições globais do espaço estrutural mundial, ou seja, a distribuição e conformação do poder, em suas várias formas e espaços de expressão, ou mesmo a incapacidade de levar em consideração este fator determinante na formulação e execução de políticas pode ter sido a principal causa da dificuldade de *“usar o planejamento como instrumento de trabalho, na forma de decidir com agilidade e de configurar um estilo gerencial”* (COELHO 2001:172).

O texto de CAMPOS (2000) apresenta um caso em que o “planejamento” é utilizado com sucesso como espaço de mediação, de trocas, de participação e construção de subjetividades, sem considerar ou analisar a realidade concreta e as relações de poder existentes entre os sujeitos, muito menos a questão das determinações macro e mesotecnoculturais. No entanto, o seu próprio texto deixa transparecer que, talvez, o êxito da experiência que apresenta não se deva tanto ao “método de escuta e interação” usado no processo de planejamento, e sim às questões políticos-estruturais favoráveis às mudanças observadas. A própria autora afirma: *“no presente estudo, constatamos o peso das diretrizes da reforma psiquiátrica”* (CAMPOS, 2000:1028), e, um pouco mais adiante, ao falar da demora da unidade de Hospital-Dia em problematizar seu processo de trabalho, parece creditar este fato ao *“peso onipotente das diretrizes que o planejamento não conseguiu diminuir”* (CAMPOS, 2002:1028).

A impressão que fica é que, embora as determinações estruturais estejam presentes, a autora não as reconhece. Esta valoriza apenas o “método”, como se este pudesse ser desenvolvido de forma abstrata fora do contexto político-institucional e independente das

relações e da distribuição de poder existentes na conformação e determinação histórica da organização.

A questão colocada por TESTA (1997) sobre a possibilidade de transformação serve para refletirmos sobre os dois casos acima colocados.

“Não pode haver propostas que conduzam a uma transformação da sociedade se não for mediante reorganização dos processos de trabalho que tenham em conta, de maneira prioritária, quais são os valores sociais que se quer promover, do contrário, qualquer proposta organizativa tenderá, como consequência o fortalecimento dos valores que inconscientemente (...) se adquiram através das práticas que realizamos” (TESTA, 1997:30).

No estudo de COELHO (2001), a instituição, ao se subordinar ao enfoque econômico, desconsiderando os aspectos sociais, sejam relativos às necessidades de saúde da população ou relativos ao processo de trabalho de seus quadros, acaba por não contribuir com a construção do SUS idealizado e previsto pela Lei Orgânica da Saúde. No estudo de CAMPOS (2002), fica a dúvida quanto ao objetivo ou fins do processo de planejamento desenvolvido - se teria sido para atender a pretensão geral e abstrata da “construção coletiva do futuro” (CAMPOS, 1997:1028) ou se houve uma direcionalidade político-institucional voltada para mudanças no processo de trabalho para além das diretrizes da reforma psiquiátrica.

Considerando essas duas situações, a primeira de “fracasso” ou não utilização do planejamento e a segunda de êxito relativo de um determinado uso do planejamento, tendemos a acreditar que ainda existem lacunas e perguntas a serem preenchidas, respondidas e, principalmente, investigadas no que se refere ao papel e importância do planejamento nos processos de gestão. Isto, a nosso ver, coloca o planejamento como uma das categorias ou como uma variável a ser considerada, não apenas no âmbito das práticas dos profissionais de saúde, mas também em processos de análise organizacional.

Diante da complexidade das instituições de saúde, é preciso avançar e experimentar novos métodos que possam ter flexibilidade para adequar-se às variadas situações, associando as possibilidades de construção de subjetividades, e, principalmente, é preciso apostar na constituição de sujeitos sociais capazes de pensarem e de se colocarem em situação estratégica, pois, como diz TESTA, “... como na ciência, o círculo da vida nunca acaba e temos que buscar o diálogo sempre, mesmo porque as soluções de hoje podem ser os problemas de amanhã”. Se as instituições quiserem ser mais que produtoras de bens e serviços e atuar para a produção e construção de novos sentidos, devem pensar em COMO, e não apenas no QUE, “fazer para construir sua própria alma, que também é a de seus trabalhadores” (TESTA, 1997:47).

O final de século tem-se caracterizado por transformações profundas na vida das pessoas, dos grupos e das organizações. Dentro deste novo contexto, outro aspecto que pode ser considerado no âmbito da análise ou desenvolvimento organizacional é a possibilidade de ampliar a capacidade de aprendizagem dessas organizações, tornando-as mais orientadas e receptivas aos seus ambientes internos e externos. Segundo SENGE (1990), essa questão passou a se constituir num imperativo para a sobrevivência e desenvolvimento organizacional, o que significa investir na possibilidade de rever modelos mentais ¹⁸ considerados esgotados e incrementar valores, conceitos e ferramentas mais condizentes com as exigências de rapidez, de flexibilidade, de qualidade, de inovação e de competência em todas as instâncias da sociedade moderna.

No plano da gestão, a implementação da chamada Reforma Sanitária tem exigido dos gestores, nos vários níveis de governo, um maior investimento para qualificar a gestão e melhorar a eficiência na prestação de serviços, e um esforço para o alcance dos objetivos e princípios constitucionais traduzidos nas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90). É preciso compreender a forma pela qual se constrói, se incrementa e se organiza conhecimentos e rotinas em torno de suas atividades e dentro de sua cultura, como adaptam e como desenvolvem eficiência para melhor utilizar as habilidades de sua força de trabalho.

De acordo com os princípios de integralidade, equidade, descentralização e democratização, definidos pela Constituição Federal e pelas Leis que regulamentam a construção do Sistema Único de Saúde, existe uma necessidade “*de mudanças nas estruturas organizacionais e de aperfeiçoamento das práticas gerenciais tradicionais da área de saúde*”. (CUNHA & SANTOS, 2001) ¹⁹.

Por outro lado, é possível que a implementação de estratégias de mudanças organizacionais, como o desenvolvimento da aprendizagem coletiva, poderá motivar cada sujeito da ação a imaginar situações passíveis de mudanças, desafiando-os para que, juntamente com suas equipes, redefinam sua forma de trabalho e adotem posturas que resultem num maior envolvimento com os objetivos e metas institucionais.

O conceito de “aprendizagem organizacional” tem sido usado por muitas organizações para atender ao desenvolvimento de estruturas e sistemas adaptáveis e eficientes para dar respostas às necessidades de mudanças. Vários especialistas em gestão têm contribuído ou

¹⁸ Em SENGE (1990) os modelos mentais, se referem aos motivos, às crenças e aos valores subjacentes à estrutura institucional que a justificam e explicam os padrões comportamentais numa organização.

¹⁹ CUNHA, R. E. & SANTOS, F. P. *Os Desafios do Gestor Local: Estruturas Organizacionais e os Mecanismos de Controle*, In: Gestão Municipal de Saúde – Textos Básicos - Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, 2001

influenciado essa perspectiva. Entre estes, SENGE (1990)²⁰ enfatiza o caráter estratégico do conhecimento e aprendizagem como fator chave para o desenvolvimento organizacional e, em especial, para os processos de mudanças.

Considera-se que aprendizagem organizacional se refere à capacidade de inovação de uma organização e sua competência para desenvolver processos de aprendizagem e gerar conhecimentos no interior da própria organização. Os avanços tecnológicos e os estudos na área da administração têm colocado para as organizações a necessidade de aprenderem a fazer coisas e conduzir processos de uma forma diferente da administração mais tradicional.

Acreditamos que, para uma organização alavancar processos de mudança e de aprendizagem, entre outros aspectos, deve eleger, como principal estratégia para a inovação e mudança organizacional, o desenvolvimento e valorização de recursos humanos. Ao lado das influências macrosociais ou histórico-sociais, estão as influências dos sujeitos que compõem e se relacionam no interior da organização. Através das pessoas, dos sujeitos, também se criam ou se reproduzem formas organizacionais, gera-se conhecimentos, produz-se inovações ou retrocessos, possibilitando mudanças ou permanências numa organização.

Sobre as relações intra-organizacionais, é importante considerar os padrões de institucionalização e mudança presentes nas políticas de saúde, na medida em que

“dependem não apenas da correlação de forças políticas que dirigem ou pressionam o Estado e seus aparelhos, mas também na distribuição do poder no interior do aparato estatal e das formas concretas de organização do trabalho nas instituições. (...) os interesses conflitantes presentes no espaço social perpassam os aparelhos de Estado. (...) as formas concretas de organização do trabalho e a distribuição de poder no interior do aparelho estatal servem de mediação às determinações históricas e estruturais das políticas de saúde” (PAIM, 2002i).

Assim, a análise das relações de poder no interior de uma organização podem ser analisadas a partir da observação do “aparato burocrático”, buscando identificar a conduta dos atores e interpretar o discurso dos mesmos.

Outro aspecto importante apontado por PAIM (2002i:154) é a identificação das práticas institucionais (ou gerenciais) realizadas no interior das organizações de saúde, e principalmente, para quem e a quem se destinam essas práticas - *“quem se beneficia e quem se prejudica com as formas de sua realização”* (PAIM, 2002i:154).

Além das relações de poder e do “destino” das práticas, as tecnologias de gestão e a cultura organizacional podem interferir na adesão e no comprometimento dos diversos

²⁰ Senge, P. A *Quinta Disciplina*. São Paulo. Best Seller, 1990.

sujeitos implicados nos processos de gerência das organizações públicas de atenção à saúde, os padrões de valores existentes no interior de uma organização produzem comportamentos e decisões organizacionais e o conhecimento desses padrões torna-se elemento-chave para compreender o perfil de uma organização sob diferentes aspectos. Os valores e padrões culturais de uma organização nem sempre estão explícitos, mas influenciam e orientam as pessoas a agirem mediante códigos que, em cada realidade, engendram diversas combinações a partir de situações concretas. Tais valores têm relação com a história institucional, com o tempo passado, com as influências dos sujeitos históricos que as constituem e com as influências sócio-estruturais do tempo presente.

Ainda que a equipe gestora, enquanto liderança do processo de gestão das ações e serviços de saúde, possa influenciar as possíveis mudanças no processo de produção e, conseqüentemente, as próprias práticas dos profissionais, lembramos que, além dessa possível influência, há que se considerar que a gestão também pode ser considerada “*como um mecanismo de controle social, atrelada a imperativos de ordem econômica, impostos por uma ordem capitalista de produção*” (JUNQUILHO, 2001:2). Nessa perspectiva são enfatizadas: as contradições da gestão; seu papel na regulação de conflitos entre capital e trabalho, entre outros aspectos. JUNQUILHO (2001), com base em REED (1989), coloca a necessidade de se integrar nas análises organizacionais o contexto institucional, a estrutura organizacional, o comportamento gerencial e uma articulação entre as determinações macroestruturais e a ação humana estratégica situada no interior das organizações.

Considerando-se a gestão de ações e serviços de saúde como uma forma de governar a saúde, podemos ainda tomar como referencial de análise as idéias de Carlos Matus (1993), que propõe um triângulo de governo que envolve o projeto de governo, a capacidade de governo e a governabilidade do sistema. Para ele governar, exige uma constante articulação entre essas três variáveis, que são interdependentes entre si.

Transpondo para a gestão da saúde, o gestor seria o condutor que dirige um processo que visa o alcance de determinados objetivos. Para tal, este processo, contendo o conteúdo propositivo, pode ser mudado segundo as circunstâncias. Isto seria o projeto de governo, que embora tenha objetivos definidos, pode mudar, se as circunstâncias o exigirem, no sentido de superar obstáculos e vencer as resistências a seu projeto, ou seja, para garantir a governabilidade do sistema, busca relacionar as variáveis que pode controlar e aquelas que não pode controlar. Na busca desse “equilíbrio” relacional, procura levar em consideração o peso ou valor desse ou daquele aspecto em relação à ação que pretende desenvolver. Nesta perspectiva, quanto mais variáveis puder controlar, maior será sua liberdade de ação e,

consequentemente, maior será a sua governabilidade. A governabilidade relaciona-se com determinado ator, ou no nesse caso, com determinado gestor. Também o sistema não é igualmente governável para os diferentes atores/gestores, na medida em que cada um tem a capacidade de controlar uma proporção distinta de variáveis do sistema que pretende governar. A capacidade de governo diz respeito à capacidade de condução ou direção e está referida ao aporte de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências do ator/gestor e sua equipe para conduzir o processo social rumo aos objetivos declarados, relacionando interdependentemente a governabilidade do sistema e o conteúdo propositivo do projeto de governo. (MATUS, 1993)

Na perspectiva matusiana, acima mencionada, a capacidade de gestão pode ser entendida como uma ação social, como um meio para precisar projetos eficazes de gestão e aumentar a governabilidade do sistema sob sua responsabilidade. Essa capacidade vai depender dos conhecimentos e das experiências do capital intelectual acumulado pela equipe gestora. Já a governabilidade vai depender do capital político dos gestores, do seu poder político em última análise.

Vale lembrar que a interação e o condicionamento mútuo entre o projeto de governo (sistema propositivo de ação), a governabilidade do sistema (sistema social) e a capacidade de governo (sistema de direção e planejamento) indicam que, entre eles, a ação humana é comum, visto que:

“O projeto de governo é um conjunto de propostas de ação; a governabilidade do sistema refere-se à possibilidade de ação e ao controle de seus efeitos; a capacidade de governo pode ser definida como capacidade de gerar e controlar ações” (MATUS, 1993: 61)

Neste estudo, por um lado, tentaremos discutir como a gestão ou as atitudes e valores dos gestores e gerentes podem favorecer ou dificultar o desenvolvimento das habilidades cognitivas, operacionais ou atitudinais dos indivíduos, das próprias equipes gestoras e das equipes de produção de serviços, favorecendo ou não mudanças nas práticas dos profissionais. Por outro lado, será também abordado como as relações sociais se configuram e como o poder se distribui no interior da organização observada.

2.4 - A Subjetividade como inerente aos sujeitos

A dimensão subjetiva inerente aos sujeitos perpassa todas as dimensões anteriormente explicitadas pelo fato de que, tanto a ação educativa quanto as práticas e os processos de

gestão, envolvem processos de trabalho eminentemente humanos. Estes têm finalidades e buscam atender a esta ou aquela necessidade dentro de relações de sociabilidade específicas que caracterizam cada um desses processos.

Os processos de desenvolvimento humano, aprendizagem e desenvolvimento da consciência dependem tanto do indivíduo e das relações que ele estabelece, quanto de seu meio físico e social. Nessa perspectiva, é possível trabalhar a individualidade e a historicidade sem antagonismos ou hierarquizações.

O sujeito e a subjetividade se estabelecem numa relação dialógica e se definem na linguagem, no contexto, na interação. O sujeito, para alguns, possui uma subjetividade produzida de forma individual - subjetividade individuada - mas também a partir do coletivo - subjetividade social. A subjetividade, não sendo uma entidade metafísica ou transcendental, é histórica e culturalmente modelada. Seu processo de produção pressupõe constantes inter-relações entre unidade e todo, entre o singular e coletivo.

Numa perspectiva marxista, Saviani (2004) assinala que a subjetividade, ou a individualidade, ocupa lugar central na obra de Marx. No “*18 de brumário de Luiz Bonaparte*”, Marx afirmou que “*os homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, ligadas e transmitidas pelo passado*” (MARX apud SAVIANI, 2004), apresentando uma forma dialética de pensar. Assim, nessa formulação “marxiana”, onde os homens determinam as circunstâncias ao mesmo tempo que são determinados por elas, estaria, dialeticamente, colocada a questão da subjetividade.

Nas Teses sobre Feuerbach, Marx diz que “*a essência humana não é algo abstrato, interior a cada indivíduo isolado. É, em sua realidade, o conjunto das relações sociais*” (MARX, s/d: 209). Se tomarmos a essência humana como a subjetividade, podemos dizer que, para Marx, ela não está isolada em cada indivíduo e sim no conjunto das relações sociais, o que significa compreender a subjetividade como sendo indissociada da intersubjetividade. É na relação com os outros e com o mundo que os homens se constituem enquanto homens, é no plano concreto das relações sociais que se constituiu a essência humana, sua subjetividade.

A necessidade de implementação dos princípios e de outra lógica de organização e atenção para o SUS pressupõe, entre outros aspectos, a construção de uma contra-hegemonia e, nesse processo de construção, faz-se necessário considerar os elementos de produção de subjetividade.

As práticas, enquanto ações tecnicamente definidas, são uma expressão do saber e da aplicação do conhecimento, mas também se constituem enquanto ações que envolvem “*juízo*

subjetivo e complexas decisões de caráter pessoal” (SCHRAIBER, 1995^a:59) e dessa forma também trazem aspectos éticos adotados pelos sujeitos que as realizam sob determinadas condições e decisões. Podemos dizer, então, que, no interior das práticas, existe uma dimensão ética.

2.5 - O Objeto de Estudo

O presente projeto se insere na interface das áreas temáticas “Gestão”, “Qualificação Profissional” e “Práticas de Saúde”. Pretende, sem desconhecer a importância das determinações estruturais em qualquer situação de mudança, investigar, no espaço particular das práticas, de que modo um processo de qualificação, a gestão e o próprio desenvolvimento dessas práticas podem influir ou contribuir para mudanças ou manutenção do modelo de atenção a Saúde.

No âmbito das políticas de saúde, no momento atual, com o processo de reforma sanitária em curso, busca-se a implementação de modelos de atenção que contemplem a integralidade das práticas, valorizem a promoção da saúde e considerem as necessidades de saúde da população.

Com esse processo de mudança das políticas e as possibilidades de mudanças nas práticas de saúde, evidencia-se a necessidade de novos perfis profissionais e/ou novos sujeitos sociais, capazes de cumprir distintos papéis, como promotores de ações e serviços de saúde ou como “sujeitos dinamizadores” de processos de mudanças ao nível dos serviços ou das práticas de saúde.

As transformações necessárias têm colocado para as instituições formadoras de Recursos Humanos, o desafio de desenvolverem processos educativos e/ou práticas educativas que contribuam para constituição de sujeitos sociais e práticas que respondam qualitativamente a esta necessidade de implementar mudanças na gestão e nas práticas de saúde.

O esforço para qualificação da força de trabalho do SUS, tem se expressado em várias iniciativas do Ministério da Saúde através dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, criados em 1997, ou, mais recentemente, através dos Pólos de Educação Permanente, os quais vêm desenvolvendo várias estratégias e ações no sentido de qualificar os profissionais e contribuir com o processo de mudança das práticas, entre outros objetivos. É um processo que vem se desenvolvendo ao longo dos anos como identificou TEIXEIRA E PINTO (1993) há alguns anos:

“A avaliação e aperfeiçoamento das estratégias de capacitação de uma “massa crítica” de pessoal capaz de impulsionar mudanças na organização dos serviços e, especialmente no conteúdo das práticas de saúde, em direção a um modelo de atenção mais adequado à problemática de saúde da população, encontra-se em curso” (TEIXEIRA E PINTO, 1993:5).

No que se refere à gestão, a complexidade do sistema de saúde brasileiro tem significado um grande desafio para os gestores compreenderem e implementarem as mudanças demandadas pelo SUS, garantindo os princípios e diretrizes constitucionais. Apesar de, no âmbito acadêmico, se observar a existência de um debate e a produção de várias alternativas para organização das práticas e serviços de saúde, no plano da gestão, na maioria dos casos, ainda não se observa uma clareza teórico-conceitual, uma vontade política ou uma conscientização quanto à necessidade e quanto às formas para a concretização dessas mudanças. Parece que o significado das mudanças contidas nas leis orgânicas da saúde ainda não foram incorporadas por grande parte dos gestores e mesmo pela maioria dos profissionais e, com isso, apesar dos esforços, não conseguem ressignificar suas práticas.

Sem supervalorizar a ação do sujeito na determinação das mudanças, pretendemos inseri-la como dimensão importante em qualquer processo de mudança. Assim, a partir da análise das práticas de profissionais egressos de um curso de especialização e do estudo das características da gestão local onde se inserem, buscaremos identificar fatores determinantes de mudanças nas práticas.

As ações de saúde, enquanto práticas sociais com determinados fins, estão relacionadas a um processo de trabalho com múltiplas determinações, o que envolve desde a conformação objetiva e subjetiva dos sujeitos que as realizam até as determinações sociais, políticas e culturais dos elementos constitutivos do processo de trabalho em si.

Buscaremos explicitar as contribuições que um processo educativo que tem o trabalho como norteador, associado a uma abordagem problematizadora e dialógica, pode ter na incorporação de novas práticas pelos profissionais envolvidos e, conseqüentemente, como podem contribuir na construção e/ou efetivação do Sistema Único de Saúde.

Considerando o momento de realização das práticas como constituinte dos sujeitos e como expressão de seus conhecimentos, de sua historicidade, de suas escolhas subjetivas e de suas opções éticas e políticas, procuraremos analisá-las buscando relações com aspectos que caracterizem o “modelo” de atenção adotado ou em construção naquele espaço de atuação.

Por último, tentaremos investigar e discutir como a gestão municipal e/ou os processos de gestão intermediários podem favorecer ou dificultar as mudanças nas práticas dos profissionais alvos deste estudo.

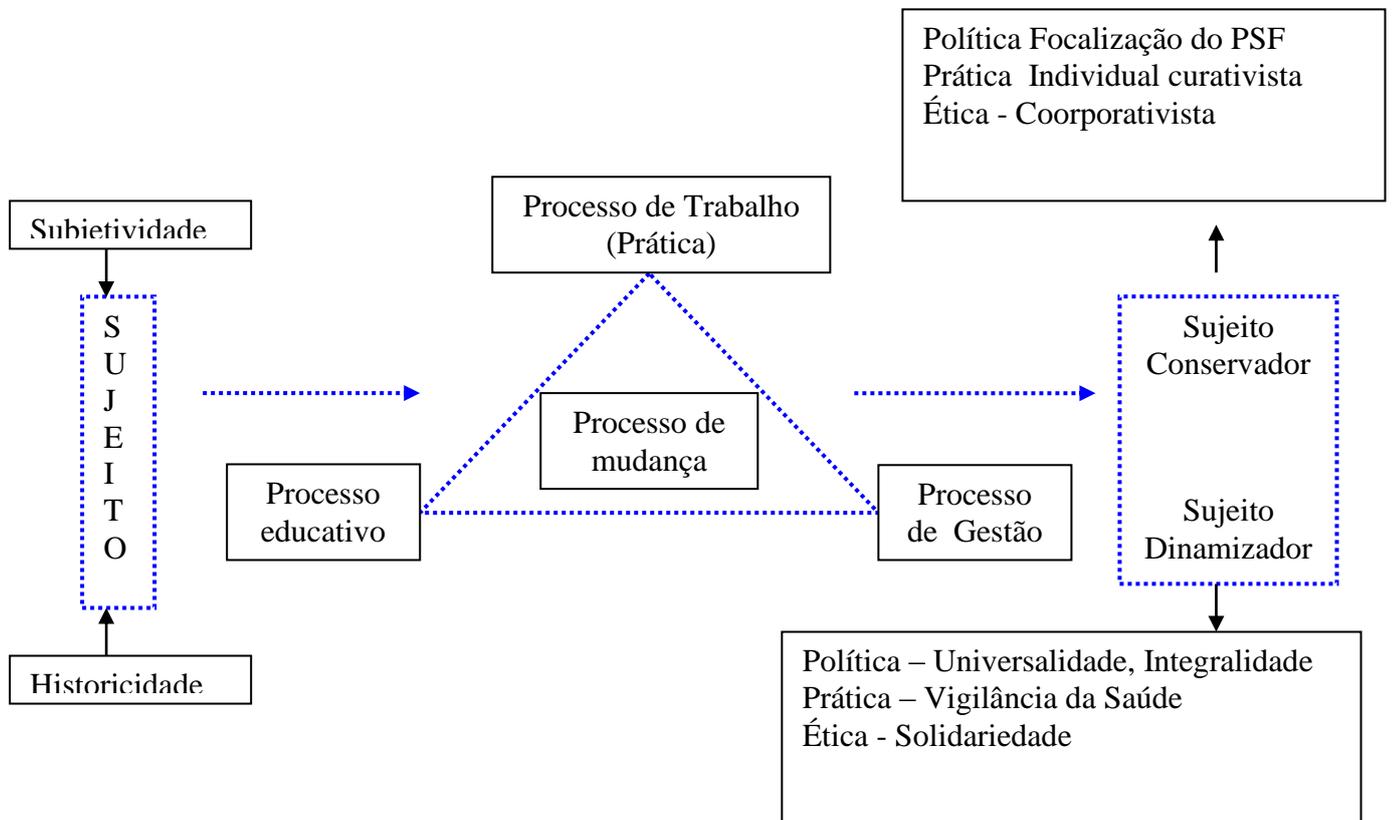
Acreditamos que a construção de um modelo de atenção, baseado na integralidade do cuidado e das práticas e voltado para o atendimento das necessidades de saúde da população, requer, entre outros aspectos, mudanças no modo de agir e fazer dos profissionais, o que, envolve necessariamente mudanças nas concepções técnicas, culturais e ideológicas desses

sujeitos no que se refere às práticas e aos elementos constituintes de seu processo de trabalho. Consideramos que tais mudanças, além das determinações estruturais, são influenciadas por várias dimensões:

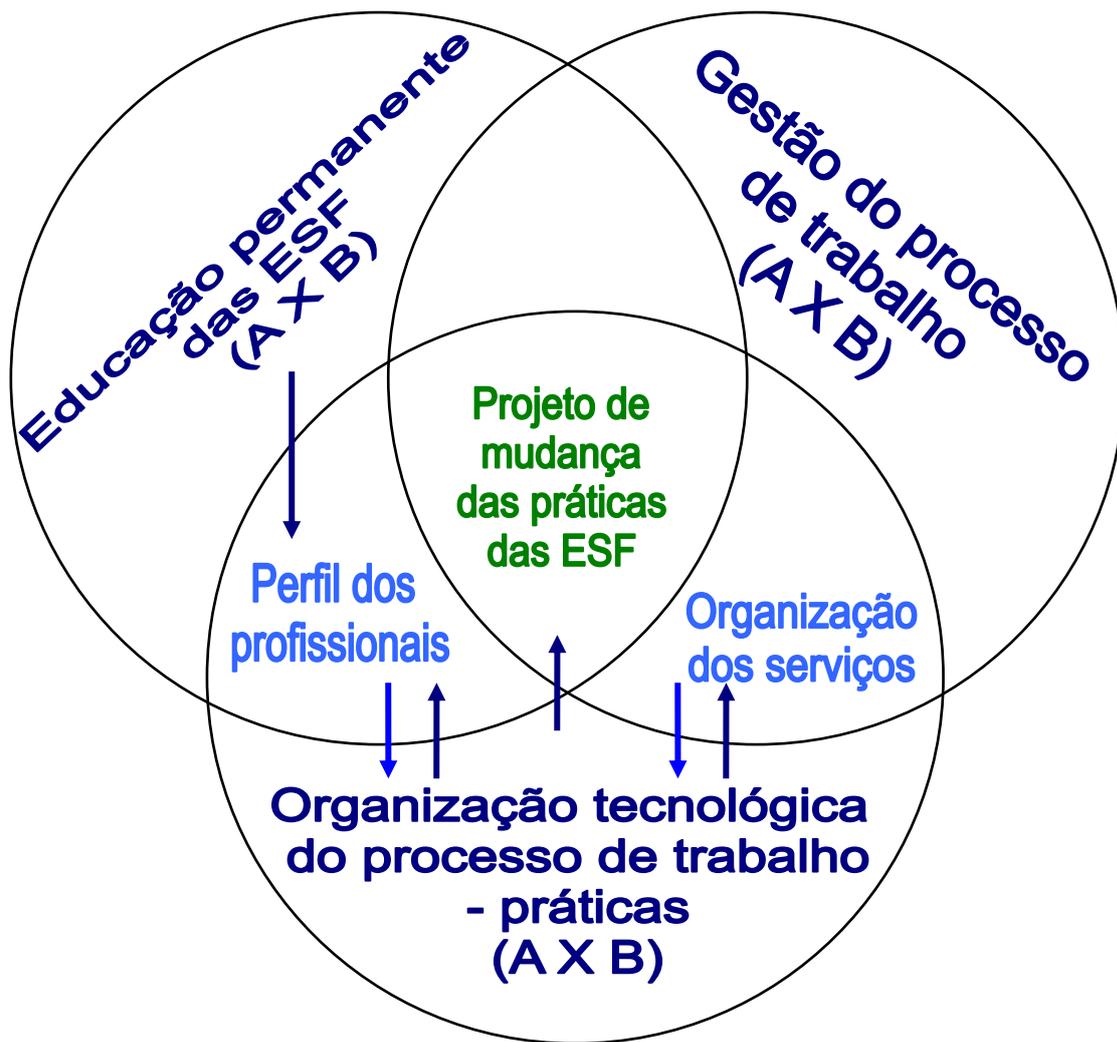
- A **dimensão das práticas**, representada pelo processo de trabalho, envolvendo seus elementos constitutivos: *os meios* (instrumentos de trabalho, técnicas, conhecimentos e tecnologias utilizadas); *o objeto* (necessidades sociais de saúde de indivíduos, famílias e coletividade de um determinado tempo e lugar) e as *atividades* em si. Além desses elementos, há que se considerar as finalidades a que se dirigem, as necessidades que visam atender e principalmente as relações sociais inerentes ao processo de trabalho humano;
- A **dimensão educativa**, conferida pelos processos educativos para formação, qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde sujeitos que realizam as práticas e produzem serviços e cuidados à saúde;
- A **dimensão gerencial**, expressa através dos processos de gestão e gerenciamento que dão direcionalidade às práticas e políticas locais;

Queremos reconhecer a existência da **historicidade** (ou *dimensão histórico-social*) que, de alguma forma está contida ou se expressa em cada uma dessas dimensões e, em se tratando de um estudo que envolve profissionais, produtores de uma ação com determinado fim, há que se reconhecer, ainda, a presença da **subjetividade**, que, por sua vez, se constrói a partir das interações e interpelações do sujeito com outros sujeitos e com o meio social em que vive e trabalha. Todas as práticas e processos sociais são de alguma forma expressão de um determinado tempo e lugar, possuem historicidade, são produtos da história e as pessoas, em relação, são produto e ao mesmo tempo produtoras de processos históricos.

Influenciado por tais dimensões, o sujeito poderá incorporar, adotar ou desenvolver novos conhecimentos, concepções, atitudes ou práticas que poderão identificá-lo com um perfil que varia de um sujeito conservador até um sujeito dinamizador. As sub-dimensões *política, técnica, e ética* adotadas ou expressas nas práticas que realiza ou desenvolve em situação de trabalho é que vão caracterizar este ou aquele perfil mais ou menos conservador ou dinamizador. Trata-se, portanto, de um estudo analítico multidimensionalizado, que envolve um triângulo de implicações que vão influir da prática dos sujeitos, considerando sua historicidade e subjetividade.



Como já foi sinalizado anteriormente, tentamos, com este estudo, responder quanto às possibilidades e limites da ação educativa no processo de mudança do perfil profissional dos médicos e enfermeiros do PSF e quanto à influência da gestão municipal/local na implementação de mudanças na organização/reorientação das práticas de atenção básica à saúde.



3 - Objetivos

Geral:

Analisar as relações entre o processo educativo e o processo de trabalho de médicos e enfermeiros do PSF no contexto da gestão do sistema de saúde de um município do Estado da Bahia em 2006.

Específicos:

- Caracterizar o processo de planejamento, organização e execução das práticas dos médicos e enfermeiros das equipes do PSF;
- Identificar/analisar possíveis determinantes das mudanças nas práticas desses sujeitos, relacionados à sua formação/re-qualificação profissional, relacionados ao desenvolvimento da própria prática e os que se relacionam com a gestão dos serviços e práticas de saúde;
- Identificar a influência do processo educativo de médicos e enfermeiros do PSF na mudança no conteúdo, na forma de organização e nas relações estabelecidas no âmbito das práticas da equipe de saúde;
- Discutir como a gestão do sistema de saúde municipal e/ou os processos de gestão intermediários podem favorecer ou dificultar as mudanças nas práticas dos profissionais da equipe do PSF.

4 - Justificativa

A necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde, colocada pelo processo de reforma sanitária em curso no país, demanda novos perfis profissionais e novas formas de gestão e organização dos serviços.

Nessa perspectiva, a transformação de perfis, as mudanças ao nível das práticas ou desencadeamento de processos de mudança na estrutura e organização dos serviços, têm sido apresentados por diversos estudos e relatos de experiências, como uma necessidade institucional ou social no âmbito dos serviços de saúde.

No âmbito do PSF, existe uma carência de estudos que relacionem processos educativos e a implementação de mudanças nas práticas de saúde, mediadas pela gestão e por um processo de qualificação profissional.

Considerando que os processos de capacitação e as práticas em si são insuficientes para gerar mudanças nos modelos de atenção à saúde, faz-se necessário o desenvolvimento de estudos que busquem evidenciar e também investigar relações dos processos de gestão com as mudanças nas práticas dos profissionais.

A incorporação da proposta de Vigilância em Saúde ou de outras formas alternativas de organização das práticas pelos profissionais que atuam no SUS, envolve ou demanda mudanças em seu processo de trabalho, em sua concepção de mundo e nas relações que estabelecem com os outros, o que exige *“um esforço para redefinição do seu modo de pensar e de agir com relação à saúde e sua promoção e recuperação no plano individual e coletivo”* (TEIXEIRA, 2003:50). Em nossa opinião, este processo de incorporação e implantação da vigilância em saúde e de outras possíveis alternativas pode ser facilitado a partir de processos de capacitação e processos de gestão que valorizem a aprendizagem individual e a aprendizagem coletiva ou organizacional.

Numa perspectiva de deslanchar processos de mudanças, secretarias municipais de saúde têm demonstrado interesse no desenvolvimento de atividades que favoreçam estas mudanças. Assim, o desenvolvimento de um estudo com vistas a dimensionar as possibilidades e limites das ações educativas e identificar as implicações das estratégias e ações gerenciais para as mudanças no modelo de atenção pode interessar a todos que no seu espaço de atuação estejam comprometidos com o alcance dos objetivos do SUS.

O objeto da pesquisa no contexto político institucional dos serviços de saúde pretende reforçar o processo e os principais objetivos da Reforma Sanitária Brasileira, incluindo a

discussão sobre as práticas de saúde, focalizando as abordagens sobre Modelos de Atenção, enquanto expressões concretas dos princípios filosóficos e operacionais de um sistema de saúde. Assim, buscaremos contribuir com a discussão quanto à necessária transformação do atual modelo de atenção de nosso país, tomando como campo de investigação, as práticas de médicos e enfermeiros que atuam no PSF.

5. Aspectos metodológicos

A decisão ou a vontade de conhecer envolve um objeto, um problema que se quer investigar, um sujeito que pretende conhecer e, ainda, um caminho metodológico a “seguir” ou a se construir no próprio processo de construção do conhecimento. Nesse caminho, envolvendo o objeto, o problema e o próprio sujeito e numa inter-relação dialética e processual, estão os procedimentos ou pólos da pesquisa: epistemológico, teórico, morfológico e técnico (BRUYNE & et al, s.d.).

As motivações iniciais surgiram dos “campos” de atuação e trabalho da autora, a partir do enfrentamento de questões relacionadas a processos de formação e qualificação de profissionais de saúde e de questões relacionadas à gestão de sistemas de saúde, o que significa dizer que a autora está diretamente “implicada” com o objeto de investigação, sendo, portanto, necessário um esforço maior para “estranhar” esse objeto e realizar as rupturas necessárias do objeto com as impressões e senso comum da prática cotidiana.

A **abordagem metodológica** deste tem características de **estudo de caso** por estar circunscrito às práticas de médicos e enfermeiros egressos de um curso de especialização, os quais atuam há mais de três anos em equipes de saúde da família de um mesmo município baiano e, por outro lado, por, metodologicamente, guardar alguns aspectos que acarretam diminuição da distância entre o pesquisador e o pesquisado.

Operacionalmente, o estudo buscou relacionar possíveis mudanças nas práticas de médicos e enfermeiros que atuam no PSF com um processo de qualificação, o processo gerencial das equipes onde atuam e o próprio processo de trabalho desses profissionais.

Ao buscar identificar os efeitos de uma ação educativa sobre a prática dos profissionais, houve a necessidade de maior aprofundamento sobre o curso do qual participaram, sobre suas práticas e o gerenciamento do trabalho das equipes do PSF no município escolhido para o estudo. Consideramos, portanto, que tais características e escolhas identificam esta pesquisa com os estudos de caso, nos quais os contornos da pesquisa vão se aprimorando e vão sendo claramente definidos no desenrolar da pesquisa (LUDKE & ANDRÉ, 1986). Ainda assim, o “caminho do pensamento” ou “caminho metodológico”, juntamente com os procedimentos e técnicas, precisam ser explicitados.

Este estudo de caso de abordagem qualitativa foi realizado a partir da análise das práticas de profissionais, médicos e enfermeiros do PSF, que participaram, há mais de três

anos, de um curso de especialização em Saúde da Família oferecido pelo ISC/UFBA entre final de 2002 e início de 2004.

O principal campo para investigação constituiu-se dos processos de trabalho de profissionais (médico e enfermeiro) egressos de um curso de especialização em Saúde da Família, realizado pela UFBA, que atuam em um (1) dos trinta e nove (39) municípios baianos, que tiveram maior número de participantes no referido curso e, que ainda mantinham em suas equipes a nível local, egressos do curso.

Como campo secundário de investigação, o curso, utilizado como critério de escolha dos profissionais que seriam estudados, também foi alvo de análise no que se refere a seus objetivos, ao conteúdo, ao desenho curricular, aos princípios metodológicos e à avaliação imediata feita pelos alunos ao final deste.

Finalmente, considerado como parte intrínseca do processo de trabalho das equipes, o gerenciamento do PSF, em seus vários níveis, local, distrital e municipal, foi analisado como forma de estabelecer as implicações do processo gerencial para o processo de trabalho de médicos e enfermeiros que atuam numa determinada unidade de Saúde da Família do município de Salvador.

A escolha dos sujeitos dessa pesquisa se deu a partir dos 84 alunos-trabalhadores concluintes do curso, oriundos de 39 municípios. Inicialmente, definiu-se como critério de escolha serem profissionais que trabalhassem em município que: a) estivesse em gestão plena do sistema municipal de saúde, pelo maior potencial de autonomia de gestão; e b) após três anos de término do curso, tivesse, em seus quadros, médicos e enfermeiros egressos, ainda atuando em unidades de saúde da família.

Dos trinta e nove, foram identificados dois municípios com as características acima. No entanto, ao realizarmos a visita a um desses municípios verificou-se que dos três médicos egressos do curso, um havia solicitado transferência para um município vizinho recentemente, outro estava atuando no nível central da SMS como auditor e um terceiro não havia concluído o curso. Diante dessa situação restou apenas o município de Salvador, que foi o escolhido como campo para realização do estudo.

Escolhido o município, procurou-se, dentre as unidades do PSF, identificar aquelas, cujas equipes tivessem, entre seus membros, pelo menos um profissional médico e um(a) enfermeiro(a), ainda que não fossem da mesma equipe. Assim, identificamos apenas uma Unidade que funciona com 3 Equipes de Saúde da Família, onde duas dessas equipes tinham profissionais egressos do curso, um médico numa equipe e um enfermeiro noutra.

5.1. Procedimentos e técnicas para produção de dados ou de evidências

Para produção dos dados e informações, as seguintes técnicas de pesquisa foram adotadas:

5.1.1 – Observação livre do processo de trabalho

Observação livre do processo de trabalho do (a) médico (a) e enfermeiro (a) e da Unidade como um todo, considerando suas atividades, os instrumentos e as relações sociais, que compõem esse processo e se estabelecem ao nível institucional entre estes profissionais e demais atores sociais que direta ou indiretamente participam ou são parte desse processo de trabalho.

5.1.2 – Entrevistas semi-estruturadas

As entrevistas individuais semi-estruturadas foram realizadas a nível da Unidade: um médico (a), dois (as) (2) enfermeiros (as), duas (2) auxiliares de enfermagem, dois (2) agentes comunitários, dois (2) usuários e um (1) membro da comissão gerencial; no âmbito da Gestão Municipal: um (1) coordenador distrital de atenção a saúde, um (1) coordenador municipal do PSF e um (1) gestor municipal. O estudo envolveu 7 trabalhadores de duas (2) equipes que atuam em uma (1) mesma Unidade Básica de Saúde da Família, dois (2) usuários e três (3) membros da equipe gestora municipal, totalizando onze (11) entrevistados. Os principais critérios de escolha dos entrevistados foram:

- a. Médicos e Enfermeiros, egressos do curso para investigar valores, significados, opiniões, práticas e relações de trabalho possíveis de serem relacionadas a processos de mudanças;
- b. Auxiliares de enfermagem, Agentes Comunitários e outros profissionais da Unidade de Saúde que participam das relações de trabalho na equipe do PSF e convivem com os principais sujeitos alvo da investigação;
- c. Usuários dos serviços de saúde da Unidade investigada que foram atendidos pelos profissionais alvos deste estudo;
- d. Gestores municipais responsáveis pela coordenação e gerenciamento do PSF a nível distrital e municipal;

5.1.3 - Revisão documental

A utilização de documentos relacionados ao curso, ao trabalho dos profissionais e/ou à gestão municipal foi usada de forma complementar.

- 1 - Do curso: Projeto do curso, relatórios de avaliação, programação dos módulos e de outras atividades, relatórios de supervisão e transcrição da reunião de avaliação final do curso;
- 2 - Do planejamento da unidade do PSF: Programação das ações, planejamento local, fluxograma de funcionamento da unidade;
- 3 - Da gestão municipal: Plano Municipal de Saúde, Relatórios de gestão;

5.2. Análise

A análise dos dados produzidos considerou três momentos, quais sejam: a) a caracterização da prática dos profissionais selecionados; b) a análise da relação entre a prática profissional e o processo educativo a que estes profissionais foram submetidos; c) a análise da relação entre a prática profissional e o processo de gestão do sistema de saúde municipal.

a) Caracterização da prática dos médicos e enfermeiros do PSF

A partir dos dados e informações produzidos através das observações e entrevistas, foi realizada uma primeira descrição e análise da prática dos profissionais, tomando como diretriz de análise as categorias e aspectos da “teoria do processo de trabalho” desenvolvida por Ricardo Bruno em seus estudos sobre práticas de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1988, 1992, 1994). Assim, foram consideradas como categorias de análise os componentes do processo de trabalho, os quais o referido autor concebe como “momentos” do processo de trabalho: *objetos*, *atividade* (trabalho em si) e *instrumentos*. Vale dizer que, ao inserir o termo “momentos”, MENDES-GONÇALVES pretendeu “*indicar a mútua dependência e relação dos três aspectos, definindo-se uns em relação aos outros sempre e necessariamente, e não independentemente para depois entrarem numa relação produtiva*” (MENDES GONÇALVES, 1988:21).

Além dos “momentos” que compõem os processos de trabalho, foram tomadas como categorias de análise três conceitos ou noções apresentados pelo mesmo autor, objetivando uma melhor compreensão do trabalho humano: finalidade, necessidade, sociabilidade (MENDES GONÇALVES, 1988:21-23). Assim, além dos objetos, dos instrumentos e das atividades que se constituem em momentos inter-relacionados do processo de trabalho,

investigamos que finalidades o trabalho busca alcançar, a quais necessidades o trabalho busca atender e como se configura a sociabilidade no interior dos processos de trabalho dos profissionais e da equipe gestora do município tomado como campo de pesquisa.

As relações e a distribuição de poder entre os profissionais investigados, sua equipe e gestores municipais e da atenção básica foram analisadas como parte das relações sociais de trabalho.

Em seguida, buscamos investigar aspectos mais relacionados à micropolítica do trabalho dos profissionais e, para tanto, tomamos como elementos de análise alguns elementos centrais de algumas das abordagens acerca dos modelos de atenção e práticas de saúde tais como: incorporação do planejamento e/ou incorporação da programação das ações, uso de conhecimentos e ferramentas da epidemiologia, intervenção sobre problemas, ações sobre o território, articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas e ações inter-setoriais; espaços de interseção e aspectos relativos à humanização do trabalho.

Tecnologias materiais e não materiais utilizadas como instrumentos de trabalho também foram identificadas, destacando aquelas que evidenciam mudanças operacionais e/ou mudanças no plano da racionalidade, concepções das práticas e no plano das relações indicando perspectivas de transformação do modelo de atenção. O objeto de trabalho, os instrumentos de trabalho, envolvendo as tecnologias materiais e não materiais e as relações que se estabelecem entre os vários sujeitos envolvidos serão considerados. Alguns elementos anteriormente citados, da proposta de Vigilância em Saúde e de outras propostas alternativas, serão tomados como referência para observação e análise.

b) Análise das relações entre a prática e o processo educativo

Uma vez caracterizada a prática dos profissionais, tratamos de identificar a possível incorporação de conteúdos e metodologias de trabalho pelos médicos e enfermeiros, relacionando com os objetivos, propósitos, conteúdos e estratégia metodológica do processo educativo. Para tanto, foram utilizados o projeto, a programação e os instrumentos de acompanhamento do curso, procurando estabelecer possíveis relações entre o processo de qualificação, o processo gerencial e o exercício da prática com a implantação, incorporação ou aprimoramento de práticas que representem evidências de mudanças na racionalidade das práticas e, conseqüentemente, no modelo de atenção dos locais onde atuam os sujeitos da pesquisa.

c) Análise das relações entre a prática e o processo de gestão

No processo da análise, tentamos uma aproximação com o método dialético enquanto referência epistemológica e como referência operacional, categorias referentes às práticas propostas para os profissionais que atuam na atenção básica. Elementos das diversas abordagens sobre modelos assistenciais e categorias referentes a processos gerenciais gerais foram também considerados para caracterização do processo de trabalho dos profissionais-alvo deste estudo, e para estabelecer implicações dos processos de gestão no âmbito da saúde na perspectiva de mudanças nas práticas.

6 - Apresentação e discussão das evidências

a) Caracterização da Prática

Para caracterização da prática dos profissionais, iniciaremos caracterizando a unidade de saúde, locus dessa prática e, em seguida, usando algumas categorias, que são elementos constitutivos do processo de trabalho, faremos a caracterização do Processo de trabalho propriamente dito.

Na Unidade de Saúde da Família, escolhida como campo empírico desse estudo, funcionam três Equipes de Saúde da Família: a equipe 1 atende a 1015 famílias, a equipe 2, 1001 famílias e a equipe 3, 809 famílias. Possui uma boa **estrutura física**, funciona em um prédio com térreo e um andar superior. Na entrada, existe uma ampla sala de espera com mais de 20 cadeiras, onde fica também a recepção, juntamente com o serviço de arquivo, com box de atendimento, e há dois banheiros para os usuários. Existem quatro consultórios, 2 clínicos e 2 ginecológicos, com sanitários, e em todos os consultórios existem pias para lavagem das mãos. Há, ainda, 1 consultório de odontologia, 1 farmácia, 1 sala de curativo, 1 sala para procedimentos (verificação de PA, nebulização, injeção). São quatro sanitários para os funcionários, sendo 1 deles com chuveiro. No andar superior fica a sala de reunião, o expurgo, sala para esterilização, uma área aberta tipo varanda onde se realizam eventos (comemorações juninas, natalinas ou aniversários do mês), 1 sala de administração, copa e uma área comum onde ficam alguns armários para os pertences dos funcionários e algumas cadeiras para descanso. No fundo da unidade, numa área aberta, existem dois bancos de madeira debaixo de uma árvore, onde as pessoas se encontram e é comum os ACS aguardarem a hora de bater o ponto. Todas as salas possuem os equipamentos necessários ao atendimento, a estrutura física é boa, com ventilação e sem maiores problemas aparentes.

Na sala de entrada, existe um mural com um telefone para marcação - as pessoas tanto podem marcar por telefone como se dirigirem diretamente à unidade - e isto parece garantir a marcação e atendimento a todos, para os serviços existentes na unidade, sem necessidade de filas. Uma TV e um bebedouro em bom estado de funcionamento também compõem a sala de espera. Durante o período de observação deste estudo, nenhum dos usuários que aguardavam atendimento e que foram abordados referiu ter ficado em fila, informaram que geralmente marcam consulta para, no máximo, uma semana, com exceção do atendimento odontológico, para o qual o tempo de espera é maior, de 15 dias a um mês.

A estrutura física, além de ser fundamental para organização das atividades de trabalho, garantindo espaço adequado para o atendimento e acolhimento dos usuários, é apontada por um dos profissionais investigados como um dos aspectos que garantem satisfação com o trabalho:

“eu estou muito satisfeita, além da gente ter uma unidade privilegiada, porque nas outras unidades realmente, a gente não tem o que tem aqui não é? o espaço, a estrutura física excelente, é que lá na outra unidade eu tinha três consultórios pra quatro equipes no início (...), aqui, são quatro consultórios, fora o consultório do dentista e, tem aquela sala lá em cima, que é sala de reuniões, tudo novo, tem espaço do lado de fora, que no verão a gente normalmente faz atividade educativa lá fora. A gente tinha grupo de dança que a gente fazia lá, realmente é excelente! lá, de tarde faz um ventinho, também a localização ...” (EMEC)

No geral, com relação ao **ambiente de trabalho** das equipes desta unidade, observa-se a existência de uma relação cordial e humanizada entre os usuários e os trabalhadores. As pessoas que vão ser atendidas, em sua maioria, são chamadas pelo nome, pelo próprio profissional que vai prestar o atendimento, o qual, sempre com um sorriso no rosto, sai do consultório, vem até a sala de espera para chamar o usuário a ser atendido. As pessoas, que chegam com demandas e que não estão agendadas, são atendidas pelo profissional responsável pelo acolhimento do dia podendo ser um médico, um enfermeiro ou odontólogo de qualquer uma das três equipes que funcionam na unidade, que vão se revezando a cada dia.

Objeto de Trabalho

Para um dos sujeitos deste estudo, o **objeto do trabalho** são as necessidades individuais. As pessoas, alvo de sua intervenção, não teriam, em sua visão, consciência de suas próprias necessidades de saúde. Considerando que cada grupo apresenta necessidades diferenciadas, infere que o papel do profissional seria discernir as necessidades de cada grupo e promover uma conscientização, para, em seguida, suprir a necessidade real identificada por ela, ou seja, realizar o atendimento considerado necessário.

“...o trabalho a gente tenta, primeiro conscientizar o paciente das necessidades dele, porque é de cada grupo essa agora foi uma mãe, então uma mãe é um objetivo, o adulto é outro, você não pode focar só uma coisa, então em cima na necessidade de cada um ... varia muito por conta disso, então não tem um objetivo, ou trabalhar em cima disso, porque é a necessidade de cada um ...” (...) a demanda, do pessoal, é uma mãe que vem nessa ansiedade você vai tentar suprir, tentar mudar alguma coisa em cima daquilo ali que ela ta apresentando, é o idoso, é o hipertensão, então a gente vai trabalhando muito assim, agora tentando conscientizar-lo daquela necessidade que ele tem do que é real e do que é que ele cria. Porque às vezes, mãe mesmo tem muito disso, de criar uma serie de ansiedades em cima da necessidade do bebê, mínima, às vezes, perante a necessidade dela ... (EEEC)

Outro aspecto a ser considerado nesta fala, é o poder que o profissional julga possuir para perceber ou julgar o estado emocional da usuária. Ainda que exista uma relação cordial deste profissional com os usuários, podemos dizer que esse ainda é uma relação sujeito-objeto, onde o poder de saber, conscientizar e suprir as necessidades do outro é do profissional. No entanto, se tomarmos como referência as observações relativas a outros momentos de atendimento, é possível afirmar que, apesar de ter esta concepção de seu objeto de trabalho, ele abre espaços de interação e cordialidade com os usuários e com a comunidade de sua área de abrangência. No entanto, ao falar da finalidade de seu trabalho, reafirma sua concepção quanto ao poder do profissional, afirmando, que é a *“mudança de hábito, é isso, acho que é o principal, e se a gente conseguir mudança de hábito, mudança de conceitos, aí atinge ...”* (EEEC)

Na fala de um profissional médico, apesar do objeto de trabalho se confundir com a finalidade do trabalho e apontar que sua intervenção profissional é sobre o paciente, quando fala do objetivo de seu trabalho, diz que, além do atendimento, da prescrição, agora, que está no PSF, ele se preocupa com a satisfação do paciente e com a avaliação deste atendimento, se foi ou não, adequado à melhoria da vida deste paciente.

“ a finalidade do meu trabalho é vê o paciente, dar um melhor suporte pra ele, suporte de vida para que seja, assim, satisfeito a vontade dele na medida do possível (...) “ lá(...) (Centro de Saúde tradicional onde trabalhava anteriormente) (...) eu tinha o meu objetivo de trabalho era atender o paciente ... dar uma receita e hoje não, além de fazer isso, eu me preocupo se ele tá satisfeito com isso, se eu realmente é, toquei no ponto que ele precisava não é? eu tenho essa avaliação agora de realmente vê se ele tá satisfeito, eu me preocupo também como ele, se foi facilitado o acesso. se foi fácil ele vir até mim, a satisfação dele também com a minha conduta. E assim a estilo de vida mesmo, se melhorou o atendimento com esse cuidado, de tá vendo se o estilo de vida dele tá melhorando... ” (EMEC)

Podemos observar na fala acima que há uma comparação de sua conduta numa unidade de saúde tradicional, onde trabalhava anteriormente com a conduta atual na unidade de saúde da família. Na forma atual, não deixou de fazer o que já fazia, apenas incorporou a dimensão do outro, da vontade e da satisfação do paciente. Ainda que seu objeto de trabalho continue sendo o paciente em sua dimensão individual, demonstra uma mudança de postura, uma ampliação de seu objeto, considerando aspectos da subjetividade daquele paciente.

Para este profissional, o sentido do trabalho está relacionado ao cuidado individual, ao vínculo de confiança que se estabelece com o paciente e a certa responsabilidade com a terapêutica do paciente. Parece que o fato de conseguir o que outra equipe não conseguiu, satisfaz pelo sucesso obtido com a conclusão do tratamento.

“quando eu acompanho um paciente... tive aquele paciente de tuberculose que antes ele estava sendo acompanhado abandonou o tratamento não é? Quando chegou uma equipe lá que ele deu um “banho de balde” e que quando eu cheguei consigo que ele, reintroduza o tratamento que ta caminhando, se eu conseguir que esse paciente chegue ao final do tratamento isso realmente é uma vitória pra mim, então é uma satisfação enorme ... e ai dá sentido ao trabalho, não é?” (EMEC)

Algumas contradições parecem fazer parte do processo de trabalho no PSF. Numa direção, para alguns, a característica mais marcante de seu trabalho, continua sendo “o atendimento individual, do médico, é o atendimento individual” (EMEC). Noutra direção, os dados epidemiológicos, a demanda dos grupos são os parâmetros para a organização desse mesmo trabalho “... a gente vê através dos grupos, a demanda, através dos dados, abre os dados pra analisar, pra planejar” (EMEC). Ou seja, neste caso, a epidemiologia e o planejamento estão sendo instrumentos de organização do trabalho clínico.

As falas anteriores e a que se segue, demonstram que os profissionais do PSF ainda não assumiram a perspectiva da intervenção mais coletiva sobre problemas. Ainda que percebam que o objeto de seu trabalho vai além das patologias, que existe um vínculo com a vida das pessoas, continuam atuando sobre uma perspectiva individual. Ressalta-se, no entanto, que pensar as pessoas e suas vidas, já é um avanço em relação à perspectiva de atuação sobre doentes e doenças. No final da fala que se segue, há uma clara referência a outras necessidades que vão além do atendimento clínico individual e que são consideradas como demandas das pessoas.

*“você tem direcionamentos, você atende hipertenso, você atende as pessoas, tem uma demanda é concreta ou uma patologia, ou uma demanda as vezes não é nem uma doença, mas demanda de uma necessidade naquele momento, não acredito que fique só nisso, é só o hipertenso, é só o diabético, é só a gestante, é só o neném pra o crescimento, não, porque a gente por exemplo, tem visitas domiciliares que, se a gente não se esforçar um pouquinho pra ir embora acaba ficando porque sabe da vida da pessoa, sabe dos filhos, ai você atende o filho, você atende o neto, você atende o avô então cria determinados vínculos... não que o meu **objeto de trabalho** seja a vida dessas pessoas, seria dizer um pouco demais, não sei se seria a patologia, não seria um direcionamento só pra aquela demanda clínica, uma demanda de doenças das pessoas não, eu acho que tem um pouco mais do que isso, na relação que você acaba estabelecendo com as pessoas, porque por exemplo tem determinadas meninas aqui que vem marcar, que ela tem nada pra falar porque as meninas é do planejamento familiar e tudo mas que as vez ela não tem nada pra falar, ai ela marca pra você, porque ela quer tirar uma duvida com você, ela vem e marca...(EE3)*

Essa falta de adequação no perfil é percebida por uma dos profissionais que já participou da Comissão Gerencial da Unidade.

“ A formação das pessoas, a gente se vê que às vezes as pessoas tecnicamente são bons, são bons profissionais, mas não tem a formação no SUS, qualquer proposta quando vem... de acolhimento, de participação da comunidade, eles acham...tem entrave,

entendeu?! a maioria aqui tem perfil e tem formação, já conhece o serviço público, agora, tem outras pessoas que vêm para passar uma chuva e isso é um problema muito sério ” (MCGU)

A formação do profissional, e a forma como se organizam as práticas também vão influenciar a escolha das tecnologias de trabalho a serem utilizadas:

“tanto a minha formação acadêmica, me, preparou pra isso, como a estrutura, a organização do serviço que também era voltado pra ser assim, aqui a organização é diferente (...) Aqui a gente organiza o serviço conforme a demanda do usuário. A gente, primeiro vê a questão do acesso, prioriza alguns problemas de saúde, juntamente, com a comunidade. A partir daí é que a gente começa organizar o serviço e também assim facilitando o acesso dele a esse serviço. “ (EMEC)

Atividades

Os médicos e enfermeiros do PSF realizam, prioritariamente, quatro atividades: a) atendimento individual; b) visitação domiciliar; c) atividades grupais, as quais se dividem em atividades educativas com grupos específicos dentro e fora da unidade e atividade educativa de sala de espera; d) reuniões que se dividem em: reuniões da equipe para programação, avaliação e agendamento de atividades semanais, reuniões da unidade, juntamente com as outras equipes e treinamentos para agentes comunitários e auxiliares de enfermagem. Atividades que se distribuem de forma diferenciada em cada uma das duas equipes consideradas neste estudo, especialmente porque, funcionam três equipes (1, 2, 3) na mesma unidade que dispõe de 4 consultórios para uso de três médicos e de 3 enfermeiros, profissionais que realizam consultas ou atendimentos individuais. A programação se distribui da seguinte forma:

Quadro I – Programação semanal das atividades desenvolvidas pelas equipes do PSF estudadas

Turno	Equipes	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Equipe 1	Reunião de equipe; programação semanal, direcionamento para a semana, resolução de problemas.	Consulta individual, atividade de consultório	Visita domiciliar	Consulta individual, atividade de consultório	Atividade de consultório. Um consultório de 15 em 15 para cada uma das três equipes
	Equipe 3	Atendimento individual no consultório	Atendimento individual no consultório ou atendimento individual na área, através da visita domiciliar.	Atendimento Individual	Reunião de equipe para programação, avaliação, agendamento semanal e ou treinamento e capacitação de ACS e Auxiliares de Enfermagem.	Grupos Educativos na área de abrangência: Lar Espírita, Igreja Batista, Colégio Público da área de abrangência da Unidade.
	Equipe 1	Atividade de consultório: consulta individual, preventivo, acompanhamento (criança, hipertenso, diabético,	Visita Domiciliar	Consulta individual, atividade de consultório	Atividades com grupos: adolescente s;, adultos (idosos)	Reunião da Unidade com as Equipes
	Equipe 3	Atividades com grupos educativos ou consultas pré-agendadas	Visita Domiciliar	Visita Domiciliar: Atendimento Individual na área para acamados	Atendimento Individual no consultório	Reunião da Unidade com as 3 equipes
Tarde						

As atividades são descritas pela médica e pela enfermeira de forma semelhante. Apesar de existirem peculiaridades no trabalho médico e no trabalho de enfermagem na estratégia Saúde da Família, estes dois processos de trabalho se assemelham de tal forma que as falas da médica e da enfermeira sinalizam uma divisão e compartilhamento de todas as atividades:

“ ... aqui , a gente é **bem dividido, entre eu e a enfermeira a gente divide tudo**, eu faço tudo. Segunda-feira de manhã, tanto eu quanto ela estamos no consultório, a tarde é o dia dos grupos, além desse grupo de segunda-feira, agente atende consultas pré-agendadas, com flexibilidade da agenda, se chegar uma paciente que precisa ser atendida, a gente já deixa essa margem de ta colocando ele. A gente **tem grupo de idoso, de hipertenso, de diabético**, que as vezes a gente faz em um só, **de adolescente** e tem os grupos no Lar J. B.a que é um Centro Espírita que a gente faz uma vez por mês, na última sexta feira do mês. Tem um grupo na igreja Batista que é a ultima quarta-feira do mês e temos também o grupo de adolescente do Colégio E. S. ... É um colégio onde a gente faz quatro grupos por mês um é a 1ª série do segundo grau, a 2ª, a 3ª e aceleração que é um grupo que abrange ou 1º e 2º ou 2º e 3º. Então a gente tem mais ou menos, acho que são **12 grupos por mês**, de atividade educativa. Tem caminhada de idoso, passeios. A gente já foi com adolescente no parque de Pituáçu, já foi com o idos no Dique, funcionam regularmente. A gente faz também **grupos que não são regulares**, por exemplo, agora mesmo com muitos casos de virose, a gente marca uma atividade educativa, **sala de espera**, tem aqui o salão que os alunos (estagiários de medicina) que estão comigo, fazem, toda semana, duas salas de espera, eu botei pra eles fazerem. Essas salas de espera são temas variados de uma maneira geral que possa abranger a população inteira, por exemplo, escabiose, rotavírus, uma coisa que possa servir pra todos... O **atendimento de consultório** a gente faz um turno por dia, **todos os dias têm atendimento de consultório**, na terça de manhã, dois turnos de visita domiciliar que é, segunda ou terça-feira de manhã e quarta a tarde. A **reunião da equipe** é na quinta-feira de manhã e na sexta-feira a tarde é **reunião da unidade**. As reuniões de quinta-feira de manhã são pra avaliar o serviço, planejar, quando não tem muita coisa pra fazer, a gente também marca **treinamento com agente comunitário, com auxiliar de enfermagem**. Participo dos treinamentos. As **visitas domiciliares** a gente visita todos os meses um número de acamados que a gente divide por micro-área. Preenche todos os dias no mês que são dois turnos aí, se não preenche, se não tiver visita programada, a gente programa ou atividade educativa ou um treinamento de ACS, ou **vacinação na área**. Na semana que vem mesmo nós normalmente, na ultima semana do mês por que na nossa área não tem muito acamado não (32 acamados), tem equipe aqui que não dá, eles precisam até dividir, são dois turnos, por semana, então às vezes tem 10 turnos por mês e a gente faz uma média de seis por turno, seis visitas, 6x5 seria 30, às vezes a gente tem 10 turnos, então assim da uma margem, às vezes também **tem visitas não programadas** e ai a gente bota pra esses turnos vagos, se não tiver demanda pra isso ai a gente encaixa outra coisa nisso, ai fechou a semana, na organização. (EMEC)

É um trabalho que se desenvolve quase que totalmente em parceria entre a médica e a enfermeira de sua equipe:

“Tudo que eu faço ela faz, se a gente vai pra visita, como a gente tem uma demanda de visita, já precisou até dividir a visita, porque tinha uma demanda muito grande, mas a demanda da equipe da gente inclusive, não é uma demanda enorme que dá pra mim ir com ela, então eu sempre vou, algumas não, algumas eu faço sozinha, se eu vou pra visita, ela vai pra visita, se a gente ta tendo um grupo, as duas tem participado dos grupos...” (EE3)

Atendimento individual e Acolhimento

O atendimento individual, nesta unidade, envolve a consulta médica ou de enfermagem e se realiza através do acolhimento diário para todos os usuários que procuram a unidade e que não têm agendamento prévio; através das consultas para acompanhamento do desenvolvimento de crianças até 2 anos, para o acompanhamento de gestantes, mulheres em idade fértil, portadores de hipertensão e diabetes, bem como para os atendimentos em geral.

*“ consulta, o acompanhamento, a enfermeira **acompanha criança** menor de dois anos, que é puericultura a gente acompanha o **hipertenso**, o **diabético**, a **gestante**, o **preventivo** para algumas mulheres, a gente colhe o preventivo e a gente analisa também o resultado, então são essas atividades de consultório e consulta de enfermagem...”* (EEEC)

Entre as atividades de atendimento individual, existe o **acolhimento**, que é realizado diariamente, especialmente por médicos, enfermeiros e odontólogos com o apoio de auxiliares de enfermagem, que também acolhem as queixas e verificam a pressão arterial, principalmente dos hipertensos que são acompanhados pela unidade. A implantação dessa atividade gerou resistência por parte de alguns profissionais, evidenciando uma tensão entre estes e a equipe gestora. Apesar disso, foi bem aceito pela médica, que já desenvolvia esse tipo de acolhimento noutra unidade onde trabalhou e, hoje, avalia que o acesso aos serviços melhorou com o acolhimento:

*“Lá a gente tinha uma prática de ter, mas só na minha equipe nas outras não tinha ainda, mas a gente já tinha esse agendamento aberto permanente. Eu quis colocar aqui as pessoas tiveram resistência, mas hoje em dia a gente já abriu... por orientação do Distrito, quando chegou isso, na época, eu era da comissão gerencial, **queria implantar um acolhimento, implantei e tive alguns problemas**, mas, hoje que já tem até consulta por telefone, aquela questão do idoso que eu falei de esta dando prioridade a ele e a todos os idosos, então, realmente, **já avançou bastante e hoje em dia acho que a unidade, pelo menos o acesso da comunidade, melhorou bastante...**”* (EMEC)

Em cada turno, de forma rotativa, um profissional de nível superior faz a escuta. Auxiliares de enfermagem, seguindo uma escala semanal, apóiam essa atividade, que foi implantada mediante determinação e orientação da Secretaria Municipal de Saúde através do distrito sanitário. Apesar de, hoje, esse tipo de acolhimento já estar implantado, no início, houve muita resistência. Os profissionais o perceber como uma ordem e não parece haver uma efetiva compreensão da importância desta atividade.

*“tem a marcação, **mas tem que ter a demanda aberta**, hoje o distrito junto com a secretaria orientam que é marcação permanente e atendimento ...* (AEE3)

“ outro problema que a gente encontrou muita resistência aos profissionais foi no estágio de marcação permanente, os profissionais resistiram muito porque, ainda,

acreditava que podia ficar marcando semanalmente, com fila, eu mesma não suporto esse negócio de ter marcação em um dia e horário porque eu não acho justo a pessoa pra vim pra passar por tumulto, ter que acordar cedo, ter que enfrentar fila, quando a secretaria, implantou uma mesa pra, Humaniza-SUS, então, assim, a primeira coisa era acabar com fila, e ter uma marcação permanente, ter a lista de espera, é claro que tem usuário que quando tem uma marcação para uma, pra uma data longe ele reclama, mas, antes dele marcar, mais ou menos ele já mostra qual a necessidade dele...” (MEGU)

“ só tinha acesso a quem conseguia chegar, a gente nunca marcou de manhã porque as pessoas chegavam seis horas da manhã, cinco horas, só tinha acesso as pessoas que ficavam, começar a marcar uma hora da tarde. As pessoas chegavam aqui dez horas da manhã, só tinha acesso quem tinha essa disponibilidade de chegar dez horas da manhã. Quantas pessoas iam embora insatisfeitas? Quantas pessoas não conseguiram resolver,? E coisa que é responsabilidade da unidade de saúde da família. É está pensando também a questão do acesso. Porque é responsabilidade da gente, é também acesso(...)As pessoas, as vezes não entendem que muita coisa é responsabilidade da saúde da família. A gente ainda tem uma coisa, uma vantagem grande, a gente tem um território, delimitado em uma área de abrangência fixa. Não é justo que uma pessoa que tem uma unidade de saúde da família, por um problema simples tenha que ir pro quinto centro, tenha que ficar procurando atendimento e nós temos aqui na unidade três médicos, três enfermeiras e dois odontólogos, qual unidade de assistência é essa, não é?” (MCGU)

Apesar da resistência de alguns, outros percebem como uma melhoria no acesso e como um direito do usuário ser ouvido e atendido. No entanto, ainda persiste como um problema a ser trabalhado, já que não há consenso entre os profissionais sobre essa questão:

Quando você tem um acolhimento que a pessoa que tá no acolhimento é um entrave, às vezes manda a pessoa embora sem comunicar à equipe. Então a gente também trabalha muito essa questão da auxiliar porque às vezes a auxiliar não tá sensibilizada pro trabalho. Às vezes a auxiliar acha que o povo é assim, que o povo quer demais, não entende, por exemplo, que é uma questão de direito. Eu sempre digo, gente esse serviço não procurou vocês em sua casa não, você que procurou o serviço e você sabia que ia lhe dar com comunidade, ninguém foi obrigado aqui não. A comunidade tem o seu direito, eu agora que estou na comissão eu resolvo, eu vejo queixa de usuário que vem aqui que gosta de verificar sua pressão duas, três vezes na semana e que a auxiliar não entende que aquilo é um direito do paciente, a gente precisa, trabalhar muito essa questão do SUS com a auxiliar de enfermagem, a auxiliar às vezes não está preparada pra receber bem o usuário aí é um problema, não têm participado muito do trabalho de humanização. Nós vamos aproveitar os residentes de medicina e vamos estar trabalhando o SUS aqui na unidade, como o coordenador sugeriu”. (MCGU)

É possível que um dos motivos da resistência ao acolhimento seja o aumento do trabalho, já que muitos dos acolhimentos se transformam em consulta para os usuários. Isto é bom porque aumenta o acesso:

“ Infelizmente muito do acolhimento vira consulta, mas também é uma necessidade do usuário no momento, se virar consulta, virou, claro que a gente não vai dizer que tá fazendo consulta no outro horário, mas as pessoas que tem problema estão sendo ouvidas, pessoas que tão com a receita, que não pega mais remédio, que faltou algum consulta, é dirigido pelo problema no momento que a pessoa volta para sua marcação. É a partir da necessidade daquele momento. A gente sabe que quando a gente tem um problema de saúde, sabe que a gente também fica nervoso, quer ver seu problema ser

resolvido tem muita queixa do acolhimento e não é do usuário, acho que o usuário tá sendo muito beneficiado. Os profissionais é que não estão aceitando por que aumentou o trabalho, no consultório aumentou, a responsabilidade.” (MCGU)

Como o acolhimento envolve situações variadas e inesperadas, é comum que outros profissionais recorram à ajuda do profissional médico. No caso desta unidade, existe cooperação e, apesar da resistência inicial acima colocada, o acolhimento tem funcionado cotidianamente, representando uma importante mudança no fazer desses profissionais e no acesso dos usuários.

“ a gente tem a demanda espontânea e tem agora o acolhimento, que faz 2 meses de acolhimento formal... chega uma pessoa com febre, uma pessoa com amigdalite, tem a demanda espontânea que a pessoa que quer fazer uma revisão, quer fazer exames, chega uma mãe com uma criança com febre, uma dispnéia leve, uma ira, a gente tem atendido, mesmo sem agendamento. Na hora que a enfermeira tá no acolhimento nem tudo você tem condição técnica de resolver, tem suas limitações e, nos dias que eu estou, sempre me reporto a uma médica, a gente nunca teve problema de: Ah! não vou.” (EE3)

Os usuários reconhecem e percebem a mudança. Uma das usuárias, ao ser entrevistada, aparentando satisfação, disse:

“Antigamente era diferente, a gente chegava aqui pra marcar um médico, não tinha médico, elas dizia – Ah! Não tem médico, esses dias não tem médico, tem que esperar o médico chegar pra marcar e agora a gente vem, marcava dia de terça-feira, agora sempre está marcando, todo dia elas marca o médico aqui” (UE3)

Do ponto de vista da organização do atendimento na rede, a despeito da resistência por parte de alguns profissionais, foi uma medida que garantiu a implementação de uma decisão do projeto de governo e tem sido percebida pela população usuária como uma aspecto positivo de qualidade. Por outro lado, a equipe gestora percebe que existe um ponto de tensão e um distanciamento entre os profissionais e as decisões que são tomadas, justificando que a falta de tempo dificulta maior envolvimento local nas decisões. As relações têm se dado mais com os Distritos:

“ na verdade existe, claro, porque às vezes a gente discute mais com o distrito e a questão dessa relação, é uma relação difícil, às vezes a gente tem que tomar determinadas atitudes que, infelizmente, não agradam a todos, existem algumas coisas que a gente precisa implementar, mas a gente tenta mostrar para eles que são decisões que precisam ser tomadas... E que a gente gostaria que fosse, mais discutida, mais partilhada, mas até por não haver nesses espaços com as equipes... às vezes, “ah, tomou uma decisão e não nos consultou”, mas às vezes precisa se tomar por que o tempo, às vezes o tempo que a gente gostaria não é o tempo que nós termos...” ” (MEG 2)

Noutra instância da gestão municipal, ao fazer uma espécie de triangulação e citarmos o caso do acolhimento, percebemos que há um reconhecimento quanto à importância da condução gerencial imprimir mudanças das práticas dos profissionais, de aumentar a

participação, mas parece que, na prática, não têm realizado um acompanhamento mais qualitativo, a ponto de saberem, como as informações estão chegando aos profissionais;

“ é decisiva. Porque a partir do momento em que você coordena, você dá suporte né, você dá uma direção, direção assim, tem que ser uma coordenação participativa, tem que ser uma coordenação de troca. Porque no momento em que você coordena, direciona, e você percebe que não se aplica naquele local, você tem que se permitir reavaliação, troca e mudança, muita discussão, avaliação, a devolução, o feedback, de qual o resultado hoje do PSF (...) com referencia a questão das informações que a gente devolve agora, de como eles percebem isso, ai realmente é outra história. (MEG 1)

Visitação Domiciliar

A **Visita domiciliar**, é um das ferramentas do trabalho médico e de enfermagem e é, na maioria das vezes, realizada em duplas. Segundo uma das enfermeiras, este critério adotado tem o objetivo de evitar problemas e constitui-se numa conduta ética, já que estarão freqüentando a casa das pessoas. No acompanhamento a algumas visitas na área da equipe 1, foram feitos alguns registros:

“No caminho uma Senhora, sorrindo grita “oi doutora” - “olá C.” responde a enfermeira e explica que se trata de uma doente mental, hipertensa que agora está em outra área, mas que continua sendo acompanhada por ela. Mais adiante descemos um “beco de escada” e chegamos a uma rua “escondida e a enfermeira vai indicando” aqui temos uma paciente de 105 anos...nesta casa mora um casal de hipertensos idosos de mais de 80 anos e por isso fazemos o acompanhamento em casa. “Outra Senhora da varanda de sua casa cumprimenta “oi” e ela responde “como vai a perna, continua hidratando? Olha que ainda vai ficar com as pernas de mocinha “ (Observação de Campo)

Este é uma evidência de que existe interação e um vínculo de confiança entre a enfermeira e as pessoas de sua área de abrangência. A comunicação surge naturalmente e a enfermeira fala com certo orgulho ou satisfação das pessoas de sua área e de seu trabalho. Em nenhum momento demonstra insatisfação e age como sendo este tipo de trabalho parte de sua rotina. A visita em questão se refere a um caso de um jovem com tuberculose pulmonar resistente e, durante sua realização, fizemos as seguintes observações:

“Ao chegarmos perto da casa do paciente vemos que ele vai saindo de bicicleta...” hei M. vai sair? e nossa visita? vamos voltar pra casa? O garoto reluta um pouco e volta por outro caminho. Na casa de M. a Enfermeira e a ACS são bem recebidas, “ oi Iracema, e S F. não está? – “Ele foi ao posto pegar o remédio de B.” Entram explicam a problemática de M., dizem que é natural e aceitável que ele esteja escondendo a Tuberculose, fala com delicadeza, as vezes a ACS também fala, complementa alguma informação, de forma natural, ambas demonstram segurança, boa comunicação, interação e vínculo com a família, comentam sobre o cheiro da comida que vem da cozinha, conversam com naturalidade, numa demonstração de total confiança. Faz

orientação e informa sobre a doença, explica quanto aos exames solicitados para a família. D. I. fala das reações de M. tentando esconder seu estado, fica deitado por muito tempo, suando e tossindo muito a noite, sem permitir que o pai fosse com ele ao médico e sem dizer o que estava se passando “mas eu logo vi que algo não estava bem, ele emagreceu” disse. M. que no início estava de cabeça baixa, meio envergonhado, vai se soltando ficando mais a vontade e brinca “ quando eu era pequeno minha avó me dava choquito pra eu tomar injeção da vacina, se você colocar choquito na unidade não vou mais gritar quando for tomar injeção” (como era bacilo-resistente estava tomando estreptomicina injetável e segundo informações da ACS ele fazia um escândalo na hora da injeção). (Observação de Campo)

Neste momento de atendimento domiciliar, a capacidade de comunicação e o vínculo de confiança já estabelecido com a família e com o paciente facilita o trabalho. Os conhecimentos técnicos sobre a doença e as medidas de prevenção também funcionam como instrumentos importantes para o trabalho da enfermeira. As relações que estabelece com a família envolvem aspectos subjetivos que só estes profissionais que já conhecem e interagem com as famílias da área podem compreender e incorporar no processo de trabalho. Numa perspectiva da ação comunicativa, o caso do jovem “bacilo-resistente” é o motivo o conteúdo da visita, mas a visita em si, no domicílio, pode ser considerada como um espaço de intersecção, no dizer de Merhy, já que é um momento de encontro onde há troca de informação e essa família, após as informações recebidas, estará com mais autonomia para cuidar de M. e proteger os outros membros da família, bem como para cuidar e compreender o comportamento de M.

Numa segunda visita, a uma puérpera e seu recém-nascido, observamos que esse tipo de ferramenta favorece a comunicação e a participação da família, que pode aprender, compartilhar saberes, envolver-se nos cuidados.

Chegamos á casa de E. puérpera, 1º filho, 20 anos, parto normal. Somos recebidas por uma Senhora, após os cumprimentos, a enfermeira confere as datas e verifica que foi na data prevista, pergunta como foi o trabalho de parto, E. conta da ansiedade, de como se arrumou cedo, se alimentou com mingau de milho pra “ficar forte” as duas sorriem. Conta que foi para o Iperba onde foi bem atendida o parto foi bem rápido “só foi fazer 4 forcinhas e meu filho já nascia” a enfermeira anota e convida pra irem ao quarto para ver o bebe e examiná-lo, a mãe da puérpera vai junto e fica atenta, escuta as orientações quanto a enfermeira faz a observação quanto a leve icterícia do bebe, a vó logo informa “já estamos colocando ele no sol”. Uma senhora idosa com passos miúdos também vai para o quarto ver, fica de pé olhando o atendimento, todos da família participam, observam, falam, escutam e aparentam satisfação com a visita. (Observação de campo)

Numa terceira visita domiciliar, que relatamos a seguir, chama a atenção a relação mais igual que se estabelece entre o profissional e o usuário, que se apresenta com uma postura digna, respeitosa, mas sem submissão frente ao profissional de saúde. Nessa situação de atendimento, o fato de estar em sua casa, “em seu território”, parece dar mais segurança e

autonomia de decisão para o usuário (ele preferiu comprar a bota a usar o outro curativo alternativo) e a postura do profissional, ali diante daquele senhor ativo, pareceu diferente, mais horizontal que no consultório, onde existe uma mesa entre os dois. A comunicação mais informal que a usada no momento da consulta no consultório, ao entrar em contato com a realidade do paciente, torna mais fácil compreender melhor as limitações e dificuldades daquele senhor idoso e a conversa é mais compreensiva que prescritiva.

“Descemos uma ladeira muito íngreme e pegamos a esquerda uma estradinha de chão e entramos numa área com vegetação que nem se imagina que existe ali na área urbana, chegamos à casa de Sr. C. um Sr. idoso que tem “pé diabético” ele abre a porta e vai trocar de camisa (a ACS explica que é respeito e consideração pela Doutora... sentada em frente ao Sr C. a Dra. observa a pele ressecada, pergunta se esta tomando muita água, ele sorri e brinca “mais só se fizer um encanamento com a embasa” fala que está usando o óleo “dortozinho” ela fala do óleo de amêndoa, da importância de usar depois do banho, a enfermeira fala orienta mas também ouve as opiniões de Sr. C. ele parece sério mas tem humor, discernimento, negro de, cabelos brancos, semblante expressivo, fala que mora com dois netos, informa que a “bota” esta sendo comprada, já que na unidade esta em falta - é mais de oitenta reais - informa ele, “ já usei muito da unidade, de uns três meses pra cá acabou então eu tenho que ajudar ao governo” diz ele meio irônico, começa a falar de “política” “ ACM vai pra São Paulo quando esta com dor de cabeça” parece serio e ao mesmo tempo irônico. Ele conversa muito, demonstrando discernimento e consciência de seu direito a assistência mas, por outro lado parece compreender ou se conformar com a falta de material da unidade do PSF e ao ser informado por enquanto ele poderia usar um outro curativo “permanente” que havia na unidade, usando de sua autonomia, disse, com muita segurança, que continuaria usando a “bota”, então disseram que tão logo chegasse na unidade avisariam a ele” (Observação de Campo)

Grupos educativos e ações de promoção à saúde

As atividades educativas destinadas aos usuários são organizadas e realizadas tanto por médicos como por enfermeiros e se destinam a grupos específicos como idosos, adolescentes, gestantes. Esse tipo de atividade não tem atraído muitas pessoas. Assim, algumas iniciativas têm sido tomadas, como criação de grupo de capoeira, utilização de filmes, organização de grupo de artesanato, entre outros. Parece uma tentativa de realizar atividades mais no âmbito da promoção a saúde, incorporando esse tipo de atividade às tradicionais sessões educativas ou salas de espera, que também são realizadas.

“tem funcionado, a gente, sempre criando algum estímulo, um grupo de capoeira. Para mim, capoeira ia ser, um arraso, pra adolescente, tem que arranjar alguma coisa., aí eu arranjei capoeira, foi a primeira aula na semana passada, cinco meninos, quase morro do coração, eu tava esperando mais. Para esse próximo mês, eu já tô pensando num campeonato de futebol para ver se estimula. Tem outros, grupos dos hipertensos e adultos, a gente está agora com o artesanato. A gente tem que fazer, alguma coisa para ver se estimula.”(EEEC)

Numa conversa entre a médica e a enfermeira da equipe 3, dá para dimensionar que os profissionais se envolvem e buscam viabilizar algumas atividades de integração e promoção a saúde:

“ a médica se aproxima e fala com a enfermeira sobre a caminhada com os hipertensos e se coloca a disposição pra ir ao colégio que costuma liberar o ônibus, para negociar/pedir a liberação do transporte para irem ao Parque de Pituáçu, explica que a SMS organiza a caminhada anual e que eles, na unidade estão tentando fazer uma todo mês. Relatam que dá trabalho porque precisam conseguir/organizar o lanche. O grupo de adolescente acontece uma vez por mês às 2ª feiras. Antes tinham 4 grupos por mês no Colégio Público “ como só têm um turno por semana para os grupos, eles usam turnos de visitas e se revezavam ” (Observação de Campo)

Noutro relato, a questão da violência, da sexualidade e das drogas é abordada através do filme “Cidade de Deus”. A diversidade de problemas que existe numa área de Saúde da família exige, dos profissionais, envolvimento, criatividade e capacidade para conduzir discussões com temáticas variadas.

“ tem um grupo de hipertenso é geralmente são mais mulheres que vem, a gente nem chama de hipertenso, chama mais de mulheres, são mulheres, tem o grupo de adolescente que esse a gente já tem um tempão e eles vem direitinho, as vez tem mais de 20 adolescente que a gente trabalha, um dia a gente faz alguma coisa educativa, um dia a gente assiste um filme, depois, a gente sempre tem um direcionamento pra trabalhar, os meninos assistem, depois a gente discute (...) a gente trabalhou isso a questão das violências, passou o filme Cidade de Deus, e depois a gente conversou sobre essa questão da violência, sobre o trafico, e outro dia que a gente foi fazer um grupo, a gente sempre questiona eles , o que é que a gente vai trabalhar no próximo grupo? e nesse dia a gente foi trabalhar a sexualidade, de criança , dos meninos, que são adolescente, falando de masturbação, do desenvolvimento do corpo, do que ta acontecendo, de gravidez na adolescência” (EE3)

Fica evidente que existe um planejamento. Quando se escolhe, intencionalmente, um determinado filme que, de forma indireta, vai provocar uma reflexão sobre a realidade vivenciada pelos adolescentes, por exemplo, isso pode significar que os profissionais estão implicados com seu trabalho e com os problemas da realidade de sua área de abrangência. Pode também indicar a tentativa dos profissionais de experimentarem outras tecnologias de trabalho, que vão além das tradicionais.

Os trabalhos de grupo também evidenciam que, pelo menos numa das equipes, existe cooperação e trabalho articulado, respeitando-se as potencialidades e preferências de cada um:

“das atividades educativas as vezes ela, ela não participa muito, mas ela esta presente, por exemplo: já saiu com adolescente pra passear, agora, eu não sei se ela não se sente muito a vontade de fazer dinâmica, ,eu faço dinâmica sem problema nenhum, as vezes se ela tiver que participar de uma dinâmica com o povo, ela participa, mas conduzir a dinâmica, acho que não se sente muito a vontade. Quando tiver que falar pra fazer a palestra, ela vai comigo, se ela tiver que dá algum pitacozinho ela dá, ela fala, mas conduzir, ela não sente muita vontade de fazer (...)tem um grupo de mulheres que a gente

faz uma reunião com mulheres de vez em quando, hoje mesmo a gente ta agendado um grupo de mulheres, independente de ser hipertenso, de ser diabética, participa as duas (...) geralmente eu conduzo mais do que ela, ela mesmo que deixa, mesmo que ela esteja (EE3)

Treinamentos e capacitações

A capacitação de agentes comunitários e auxiliares de enfermagem também é referida como parte das atividades dos profissionais investigados, ficando reservado pelo menos um turno mensal para esse tipo de atividade. Durante o tempo de observação, não foi possível acompanhar a realização de nenhuma atividade educativa com este fim, não sendo possível dimensionar se há uma articulação com o processo de trabalho, com demandas advindas da própria prática ou se são programadas segundo à necessidade de atualizações de técnicas ou conhecimentos novos. Ainda assim, é interessante observar, no relato abaixo, que estudantes de medicina e enfermagem participam dessas atividades, colaborando com a qualificação dos profissionais de nível médio, ao tempo em que exercitam suas habilidades pedagógicas.

“ pra gente faz, tenta fazer ao menos uma vez por mês a gente faz alguma coisa, ou um treinamento em relação à vacina, em relação à visita domiciliar, ultimamente, não tem sido a minha pessoa que tem feito porque, como a gente ta recebendo muitos estudantes, os estudantes de enfermagem, os estudantes de medicina têm feito algum treinamento, sempre tem um treinamento mensal mas quando os meninos não estavam a gente tinha sempre de está reservando uma tarde no mês pra gente fazer algum treinamento” (EE3)

O planejamento, enquanto atividade e como instrumento de trabalho, também é parte das ações desenvolvidas pela equipe. É uma atividade compartilhada mensalmente por todas as equipes, e, a depender da dinâmica, a análise dos dados é refeita semanalmente.

” Tem, o planejamento mensal, todo fim de mês a gente senta e programa, planeja as coisas do mês seguinte. Tem as reuniões semanais que a gente às vezes adapta, muda alguma coisa, ou acrescenta, ou tira, muda algumas coisas por causa da dinâmica mesmo (...) Tem, aquela planilhazinha...aí a gente senta e programa durante o mês e, depois, a gente já vai ter que mudar semana que vem ... compartilhada com a equipe, porque cada equipe tem seu horário.” (EEEC)

“... a gente vê através dos grupos, a demanda, através dos dados, abre os dados pra analisar, pra planejar” (EMEC)

Instrumentos de Trabalho – Tecnologias

O trabalho no PSF, devido a suas características de ser um processo de produção de ações e serviços de saúde, que se realiza em equipe, e, portanto em interação com outros, situa-se num dado território social e historicamente determinado, envolvendo atividades assistenciais, educativas, gerenciais e comunicacionais. Assim, demanda a utilização de tecnologias materiais e não materiais, o que envolve, além de equipamentos, medicamentos e insumos, conhecimentos de vários campos do saber e o desenvolvimento de habilidades cognitivas e operacionais.

De certa forma, comparando-se com o trabalho em unidades básicas tradicionais, houve uma ampliação do objeto, das finalidades e, conseqüentemente, dos instrumentos de trabalho. Isto foi um desafio que exigiu esforço de superação por parte dos profissionais para entenderem de tudo um pouco, demandando do profissional, enfermeiro, por exemplo, conhecimentos teóricos e práticos:

“... a gente tem que ter noção de tudo como eu te falei, a gente agora não atende, a enfermeira de puericultura que só tinha o conhecimento básico de criança, hoje em dia a gente tem que ter do hipertenso, do diabético, da gestante, o quê que é uma coisa dentro da faixa de normalidade tem que ter um certo conhecimento de medicação, as alterações que a medicação pode causar tem que ter um, certo conhecimento da patologia pra você saber se ela tá percorrendo dentro do ritmo que a gente chama assim alteração dentro da faixa de normalidade, alterações dentro da faixa de normalidade, então tem que ter um conhecimento teórico, e tem que ter um conhecimento pratico também, ajuda muito a gente direcionar as coisas...” (EEEEC)

Para o profissional médico não é muito diferente. Além dos conhecimentos clínicos, instrumentos tradicionais do trabalho médico voltados para a cura, no PSF, há que se utilizar conhecimentos de política de saúde para sustentar as ações de incentivo ao controle social, conhecimentos epidemiológicos e do campo da comunicação e educação para subsidiarem as ações de promoção da saúde. A fala de uma médica, abaixo, valoriza o conhecimento, insinuando ser uma ferramenta importante para ampliar o leque de possibilidades de ação:

“ Eu preciso de tudo, ... porque PSF eu tenho que saber tudo. Além dessa coisa da parte médica eu acho que eu tenho que saber políticas de saúde, á medida que eu que eu ofereço que eu incentivo, o controle social, promoção, e a parte de cura. Então eu tenho que ter um leque enorme de conhecimento. ... a medida de que eu ganho mais conhecimento, lógico que eu vou trocar, além de sabe,r eu posso tá aplicando isso no meu processo de trabalho” (EMEC)

Além dos conhecimentos da clínica e da epidemiologia, as atividades de trabalho, exigem um conhecimento de planejamento e gestão e de epidemiologia, a um só tempo, para facilitar a organização e programação das atividades a serem realizadas na unidade e na área

de abrangência, e, sendo um trabalho que envolve vários profissionais exige uma programação mais coletiva. Na fala abaixo, é ressaltado que, embora realizem a programação conjuntamente, nem todos tem a mesma habilidade ou afinidade para certas atividades. Imaginamos que isto, mais que conhecimento, vai exigir certa habilidade de negociação entre o grupo para dividir o trabalho.

“ além das atividades, das visitas, de atendimento individual, vários grupos, as reuniões semanais que a gente faz, que participa, a gente tem uma reunião de equipe toda semana, que a gente vê a demanda da semana, o que é que a gente tem que fazer, que a gente além da demanda da semana, a gente faz a programação, o que é que a gente vai fazer naquele mês, as atividades, se tiver que também ta conversando com os agentes, dá uma puxada de orelha isso ela faz também, nas reuniões o que é que a gente faz: a programação discute as coisas que a gente tem que fazer, faz os agendamentos da demanda dos agentes e da demanda espontânea (...) a gente tem feito pelo menos de ano em ano, faz uma avaliação: o quê que a gente precisa melhorar tipo assim, uma oficinazinha a gente tem feito pelo menos de ano em ano (...) a gente anota, tem um calendariozinho que a gente se programa junto: o que é que a gente vai fazer naquele mês, quais os grupos que a gente vai fazer, o dia de visita de cada micro-área, se a gente vai fazer alguma atividade extra, ou atividade educativa, os dia de atendimento da equipe, grupo, a reunião, os atendimentos e as atividades de, por exemplo, atualização do SIAB, que a gente faz mensal, a gente pega os relatórios (...) e, de, isso assim ela (a médica) não participa muito desse negocio de papel (riso) ela não participa muito não, a gente vai faz SSA2 e PMA2, e foi o SIAB do mês que é que saiu da área assim, morreu alguém, se quem nasceu, quem esta grávida, quem passou a ser hipertenso, ai a gente manda, então quando digitam PMA2, SSA2 ele retorna, o digitado, e ele imprime o relatório da nossa equipe ai quando a gente recebe a gente vai senta de novo, e vê o que precisa, a gente checar” (EE3)

“ Cada equipe, tem um planejamento mensal, então a gente faz muitas coisas, a medida que vai, surgindo ás necessidades também, nós vamos incluindo nesse planejamento mensal (...) com as necessidades da comunidade, nós estamos todo dia com as pessoa, e nós sabemos quais são as necessidades delas (...) a gente usa mais a necessidade da comunidade que o SIAB propriamente dito (...) o SIAB ele se baseia a nível nacional e cada lugar cada bairro tem sua necessidade (...) (ACE1)

Ainda que saibamos que o processo de trabalho no PSF exige uma diversidade de conhecimentos, percebe-se que o fazer dos profissionais têm se pautado mais fortemente em conhecimentos da clínica, o que significa que, em sua maioria, ainda pautam-se, mais fortemente, no atendimento individual.

“tem o conhecimento técnico, você precisa, porque você não vai ta acompanhando o hipertenso, o diabético...você precisa saber que medicação é que usa, quais são os efeitos colaterais daquela medicação, quais são as complicações daquela doença se tem que ter isso. Uma gestante: qual é o seu limite, de ta com a gestante ali, o que é que ela tem que ganhar de peso no mês, o valor de pressão que isso é uma questão técnica mas você, lidar com essas pessoas, se você não tem um nível de abertura, se você não tem uma disponibilidade a ouvir, uma disponibilidade a ser um pouquinho parceiro daquela pessoa, uma disponibilidade de na hora do momento certo brigar mesmo, puxar a orelha, na hora do momento de dá parabéns, você dá parabéns porque a glicemia ta boa, porque a pressão ta boa, porque perdeu peso, tem que ter esse momento também, e não é só

isso, não passa só por uma questão de que, é a medicação do hipertenso, é o peso, não passa só por isso, acho que passa por coisa que você vá adquirindo na sua profissão no seu dia a dia, que te faz esse profissional diferente, que não só ta importando se a pressão ta controlada que não ta só importando se a glicemia ta controlada, se a criança ganhou peso, se permanece no aleitamento exclusivo ... (EE3)

Ainda que o conhecimento e as tecnologias advindas da clínica tenham uma presença marcante, na fala acima a enfermeira sinaliza a necessidade de escutar e de recorrer aos conhecimentos adquiridos na própria prática. São os conhecimentos tácitos, os quais não se adquire em cursos de formação, capacitação ou qualificação, e sim durante e a partir do “trabalho vivo em ato”.

A seguir, a médica destaca o quanto foi necessário ampliar sua visão e seus conhecimentos clínicos, mas reconhece a necessidade de usar outros conhecimentos e valoriza o processo educativo para aquisição dos conhecimentos que ainda não possuía. Esta evidência é coerente com outros registros durante sua entrevista. Dois aspectos a serem registrados: a importância dos processos educativos para a incorporação de novos conhecimentos e novas tecnologias de trabalho, e que a partir do trabalho, das exigências da prática o profissional se vê “obrigado” a buscar outros instrumentos teóricos ou tecnológicos. Assim, as mudanças na organização do trabalho influenciam a forma de agir e de trabalhar dos profissionais.

“eu tenho 22 anos de formada... inicialmente no PSF logo quando eu entrei, eu estudava todos os dias, mas eu estudava mais a parte médica mesmo. A partir do curso é que realmente abriu essa questão de ta estudando política de saúde. É foi uma visão maior porque até esse tempo... você depois de dois anos de 22 anos de formada, tinha coisa que você não se lembrava mais de jeito nenhum, tive que ir pra livro estudar pediatria, ginecologia, as diferentes áreas médicas,... claro que estudava alguma coisa até pra ta fazendo algumas avaliações na época mesmo que eu entrei, eu tive ler alguma coisa, mas foi a partir do curso é que realmente o meu tempo, que eu dedicava a estudar mais os problemas de saúde, mas, essa parte de educação em saúde, políticas de saúde, como organizar serviço, planejar e tudo foi a partir do curso” (EMEC)

A diversificação e utilização de novas tecnologias podem ser influenciadas tanto pela aquisição e objetivação de novos conhecimentos como por exigências da organização do trabalho.

Relações de trabalho (ou Sociabilidade)

A forma como se organiza o trabalho na estratégia Saúde da Família - as relações técnicas e sociais que aí se desenvolvem - é o que mais chama a atenção, pela complexidade inerente ao próprio processo de trabalho. A dimensão interativa, a micropolítica do trabalho parece ser a característica mais marcante nas práticas desses profissionais, as quais envolvem

relações de cooperação, estabelecimento de vínculos de confiança, contradições advindas da subjetividade de cada um, bem como contradições relativas às diferenças sociais e culturais dos profissionais, os quais, nessa estratégia, convivem cerca de 8 horas diárias, exigindo uma comunicação permanente no interior da equipe durante a realização de suas atividades e entre os profissionais e os usuários com os quais trabalham. E por ser uma estratégia ainda em implantação, neste caso, tem se desenvolvido algumas relações de conflito com a equipe gestora do município, seja devido a questões infra-estruturais, a questões relativas ao controle ou gerenciamento do trabalho ou mesmo devido à falta de uma comunicação mais efetiva entre os trabalhadores e os gestores.

Tomando como referência as observações realizadas e percepções, podemos dizer que nas **relações** que aí se desenvolvem, existe uma boa comunicação e interação entre os usuários e trabalhadores desta unidade, o acolhimento parece ser uma postura incorporada pela maioria, indicando um atendimento de certa forma humanizado, que agrada a muitos usuários ainda que se perceba a existência de alguma insatisfação com o atendimento de um profissional, aparentemente, não pela qualidade técnica mas, pelo “jeito” de atender. Vejamos algumas situações oriundas das observações realizadas:

- 1. ACS, depois de “bater o ponto” chega e senta ao lado de uma usuária e conversa naturalmente, de repente uma enfermeira chega na ponta do corredor sorrindo chama essa usuária para o atendimento...*
- 2. Num dos “box” de agendamento/marcação uma Atendente de Consultório Dentário, muito gentilmente, vai chamando e identificando, quem esta marcado e já chegou . Uma usuária, com bebe no colo é chamada pela atendente para abrir o prontuário,...trouxe a filha para ser acompanhada pela enfermeira – “ela não é pediatra mas, atende muito bem, inclusive já me deu muitas informações sobre a vacinação, sobre o acompanhamento e o que é feito na unidade ate os dois anos...”... informa que fez o pré-natal ali perto na rede privada porque tem plano de saúde mas, devido as vacinas e pela disponibilidade de medicação também procura a USF.*
- 3. Um jovem rapaz com uma criança de mais ou menos 6 meses aguarda atendimento, ... ele diz que é a esposa, que costuma trazer o filho, como naquele dia, ela ia pela primeira vez para um novo trabalho, ele veio trazer o filho que estava com um pouco de febre e fala:”não conheço bem o atendimento mas, minha esposa que vem sempre aqui, gosta ..”*
- 4. Um jovem Sr. anda de um lado pra outro com uma criança que chora sem parar, .uma auxiliar vem ver do que se trata, vai ate a sala pega a pólio, administra, anota no cartão e libera o senhor com a criança..*
- 5. Uma das enfermeiras é abordada por uma mãe para mostrar uma assadura em seu filho, ela ouve, explica que esta saindo para uma visita na área e orienta que outra pessoa vai atendê-la, vai até a sala pede para a outra enfermeira olhar/ atender, e segue pra sua visita.*

As situações acima indicam atitudes acolhedoras e resolutivas, interação entre membros da equipe e espírito de colaboração. Durante o período de observação, não houve

nenhum caso que não tivesse sido atendido, encaminhado ou resolvido. O caso da auxiliar (situação 4) denota uma preocupação com o conforto da criança. Parece que estava atenta à angústia do Pai que tentava fazer o filho parar de chorar e, sem se prender à rotina, tomou a iniciativa, atendeu, resolveu e liberou o pai para sair e acalmar seu filho.

Observamos, noutro momento, durante uma consulta, que o atendimento é realizado com respeito, olhando nos olhos quando se dirige à usuária, perguntando e ouvindo as queixas e informações. Numa das entrevistas, uma usuária fala de sua satisfação com o atendimento, destacando o cuidado, a comunicação, o atendimento domiciliar e a participação em atividades grupais:

“ o atendimento é ótimo, a médica, as enfermeiras, os rapaz, as moças que sai pra rua que é, os agentes, tudo ótimo não tenho que falar daqui, é tudo bom porque atende a gente bem, porque a gente chega como a senhora viu ai, a mesma coisa de sempre elas atende bem, a gente chega tira a pressão, ela manda descansar pra tirar a pressão, ali foi a Dra. A. que tirou, a gente descansa, depois elas tiram a pressão da gente se tiver boa ta boa, se não tiver, elas torna tirar, pesa, orienta como é que a gente faz a dieta, o que é que come, o que não come tudo elas orientam, todo mundo ai é ótimo! (...) Ela (a médica) conversa tudo direitinho, ai as vezes tem reunião dos diabete, elas manda chama a gente pra vim, e sempre eu venho, J. (marido que também é usuário) também vem, as vezes tem festa manda chamar, festa de São João, de Natal, de tudo, é tudo bonitinho, tem muita comida, muita coisa é ótimo (...) Aqui os agentes vai nas casas, os médicos, as enfermeiras vai tudo nas casa vê os idosos, vão lá vê os idoso como é que está, até vacina quando é pra da, dá de gripe.(...) teve um ônibus ai Dra. L. levou a gente, foi um bocado de gente, foi bom, todo mundo gostou do passeio, teve um que foi dos idosos pra ir pra outro lugar (...)” (UE3)

Como podemos perceber na fala dessa usuária, existe, além das consultas, trabalho de grupos, visitas domiciliares, passeios e até momentos de interação com os grupos e comunidade que vão além dos grupos formais de atendimento.

Conflitos, contradições e cooperação técnica nas relações de trabalho

A dinâmica de trabalho numa unidade de Saúde da Família trás em si a necessidade de certa cooperação entre os profissionais para garantir seu funcionamento e o desenvolvimento das atividades. Isto é percebido e aceito pelos profissionais e, aparentemente, não existe competição:

”você está dentro da unidade, de qualquer forma, você se relaciona com todo mundo, não só com a equipe, com a menina que ta na farmácia que é de outra equipe, na sala de vacina que é de outra equipe, sinais vitais que é de outra equipe, é esterilização que é de outra equipe, então a gente tem que se relacionar com todo mundo. (...) competição aqui a gente não tem não, acho que as relações é de apoio, de cooperação, porque sempre assim... L.(Equipe X) veio pra farmácia porque C.(auxiliar) precisou folgar, a gente tava com problema de auxiliar, poucas auxiliares, então L. veio, precisou de tarde eu (Equipe

Z) ir pra lá... então a gente não tem essa competição, eu sou enfermeira eu não vou, tapar o setor, não, a gente quer resolver o problema, porque quer que a coisa continue andando e K.(Equipe Y) a mesma coisas precisa não sei o quê, vamos, o médico não pode, vamos ver o que é que dá pra fazer isoladamente. Infelizmente ainda existe um pouco de alguns...” (EEEC)

Apesar da postura de cooperação e apoio em seu conjunto, o processo de trabalho parece demandar maior envolvimento de certas categorias profissionais, talvez por trazerem em sua formação competências e habilidades requeridas pelo trabalho, aspecto que poderá trazer sobrecarga para alguns. O que estaria determinando o direcionamento de certas ações para este ou aquele profissional? São os conhecimentos e tecnologias que acumulou ao longo de sua formação ou em sua trajetória profissional? A disponibilidade individual de apoio e cooperação? Independente das causas o fato é que uns são mais solicitados que outros.

“ Não é bem hierarquia, mas sempre existe um direcionamento, eu brinco direto “não sou o chefe de equipe nenhuma!”, porque tem a tendência de vir procurar a enfermeira para responder, para perguntar...eu sempre falo “Não! É de responsabilidade de todos” a maioria das vezes cai sobre a enfermeira.” (EEEC)

Embora, no discurso, não se reconheça a existência de conflito entre os profissionais, na prática, há evidências de que as relações não são tão harmoniosas e, na visão de alguns, exige controle:

“ Não, não tem, graças a Deus não têm conflitos, existem discussões, as vezes, mas, com relação a cobrança dos agentes comunitários, aí eles, os meninos dizem assim: “Ave Maria, é só cobrança”, mas não é só cobrança, porque realmente, o agente comunitário ele é muito solto, se você não segura a coisa fica solta mesmo.” (EEEC)

Ainda que existam conflitos, há um reconhecimento da cooperação entre as pessoas e de que, por outro lado, existe espaço para o diálogo, sem precisar negar ou escamotear as relações de disputa e competição. No entanto, observa-se certa tendência de não reconhecimento dos conflitos:

“os conflitos, acho que a gente não tem, outro dia mesmo ela, ela eu fiz uma coisa que ela não gostou, aí ela me chamou (...) só me disse que ela não gostou e eu fui avaliar, nem por isso ficou diferente, acho que ficou até melhor dela ter me chamado e falado que ela não gostou, porque tem espaço pra isso ...com as outras equipes, 3 equipes na unidade, existe uma relação as vezes de disputa, existe uma certa competitividade, a minha postura, não é esta, de tá estimulando isso, (...)“existe uma relação boa de trabalho em equipe, tem as afinidades também, não é que você goste mais de um, mas você as vezes tem mais afinidade com uma pessoa, diferente de outra, mas no geral eu caracterizaria como uma boa relação de trabalho, existe cooperação” (EE3)

A interação e possibilidade de “trocas” entre os profissionais, favorecem uma atenção mais integral aos usuários, desde que exista, por parte do profissional que realiza o atendimento, a sensibilidade e visão mais integral para perceber que as necessidades de saúde

daquele usuário vão além de sua competência profissional, demandando uma intervenção multiprofissional.

“é uma troca boa, por exemplo ela viveu muita coisa de vacina antes bem mais porque ela tem mais tempo de formada, você tá fazendo o quê? você concorda comigo? Essa troca com a colega e a troca com o médico, acho muito interessante. Hoje por exemplo, a questão de odontologia, quando chega uma pessoa que tá com tártaro, precisando de uma limpeza, um hipertenso, um diabético, uma gestante, uma criança que tá precisando começar escovar, mesmo na odontologia, que é mais difícil marcação, que a demanda é maior, ela sempre abre uma brecha, vamos botar dona fulana aqui, – D. fulana hoje tá com a glicemia boa, dá pra poder fazer alguma coisa, vou lá ela abre aquele espaçozinho para aquela pessoa, então existe uma troca boa entre os profissionais” (EE3)

A necessidade de uma equipe multidisciplinar e da composição de vários saberes fica evidente na fala abaixo, quando a enfermeira argumenta a diferença entre os treinamentos e o cotidiano de trabalho e, mesmo sendo capacitada, tendo sua competência profissional, reconhece suas limitações e o poder de decisão do profissional médico em certas situações. Para assegurar um cuidado mais integral, além de conhecimentos técnicos, é fundamental o desenvolvimento de capacidade de interagir e comunicar-se com outros profissionais:

“uma coisa é você ir lá vê um colher uma lâmina num boneco de borracha, a outra coisa é depois o pessoal te botar no serviço pra você passar 3 dias com a colega lhe ensinando a colher e você no dia a dia colhendo lamina (...). Acho que no PSF, principalmente pras enfermeiras, se ter uma boa relação com o médico da equipe, de você saber enquanto profissional de enfermagem, você tem uma limitação, você não é médico, você tem uma limitação de atendimento, e você saber que pode contar com o profissional, que ele tá ali do lado na outra sala, se precisar pode ir lá (...) Eu atendo criança mas as vezes eu me sinto insegura em relação a criança, a criança não volta depois pra médica olhar, bato lá na porta – oh! Você pode ir ali olhar aquela criança? a médica vem sem problema nenhum, o hipertenso que está descompensado você vai lá: -oh! É, a pressão não tá controlando tá usando isso e isso, ela diz não bote isso, bote mais isso e assim as vezes uma criança que vem, tá com uma escabiose infectada, você vai fazer o quê? Nossa! tem limitação pra você ... um trabalho cotidiano independente da marcação, voltar uma criança que tá na sala, que tem um problema diferente, que já foi em outro serviço tá usando uma coisa que você percebe que não tá bem, que não tá ganhando peso, nem precisa marcar, sempre vai lá chama, ela (a médica) olha, define o que é que precisa fazer, dá um direcionamento” (EE3)

A questão da autonomia é um aspecto importante para os profissionais e parece estar associada à possibilidade de poder tomar decisões. Nas falas que seguem, tanto da enfermeira quanto da médica, há um reconhecimento que, no que se refere à organização do trabalho ou às questões relativas à unidade e ao atendimento em si, eles têm tido o poder de decisão.

“ a organização do trabalho a gente mesmo é que faz, até hoje aqui na unidade, a gerencia é com a comissão gerencial ainda, e mesmo o atendimento todo, a organização toda é a equipe da unidade que faz.” (EMEC)

“... a equipe tem o poder decisório de algumas coisas, então quando a gente senta no começo do mês que faz a programação é voz ativa de todo mundo da equipe. Das coisas que dependem da equipe e nas reuniões de sexta-feira a gente tem condição de optar, as coisas que dependem da unidade, que depende da gente internamente, acho que a gente não tem maiores problemas” (EEEC)

Apesar da existência da autonomia acima reconhecida, percebemos que existem decisões que estão relacionadas à política mais geral de atenção no município e que, em não havendo consenso, o poder de decisão cabe à equipe gestora. Consideramos que, se por um lado é importante preservar os espaços de decisão dos profissionais, por outro, a ausência de controle sobre as ações e serviços de saúde pode representar um risco para a satisfação das necessidades assistenciais de uma determinada coletividade. Isto parece causar certa tensão entre a aspiração por autonomia dos profissionais e as decisões advindas de certas políticas públicas, ou mesmo de uma diretriz institucional, as quais tem a responsabilidade de atender a certas necessidades assistenciais e dar direcionalidade às ações e serviços de saúde, conferindo-lhes um caráter mais universal. Na fala que se segue, a indignação da enfermeira é um exemplo dessa tensão:

“...as médicas estão sendo treinadas agora, porque tem que fazer preventivo, não tem treinamento nenhum, não tem conhecimento, é uma coisa assim imposta, muitas coisas tão sendo treinadas mas muitas coisas não é...” (...) chegou vitamina A uma discussão tremenda, porque um grupo é contra a aplicabilidade de vitamina A indiscriminado. F. mesmo trouxe a experiência, que em São Paulo ela viu casos de complicações por excesso de vitamina A, no entanto, tem que fazer, a unidade resistiu um período (...) a gente resistiu, até que foi chamado: olha, a partir da semana que vem tem que fazer - abre-se a sala de vacina bota a planilha lá, concordando ou não, está sendo feito. E agora vem o ferro, e aí a mesma coisa, e assim outras coisas que as vezes não concorda muito, eu acho que a unidade como tem profissionais e tudo poderia não ser tão assim, tem que ser isso ...” (...) “ tem determinadas coisas umas coisas mais específicas eu acho que determinada unidade poderia fazer ou não. Lógico tem que atender hipertenso, diabético, gestante, crianças, hansen, tudo bem, mas uma outra coisa que a maioria dos profissionais discorda, porque tem que falar daquela forma? tem e pronto ...”(EEEC)

Essa falta de autonomia incomoda alguns profissionais, especialmente quando, ao que parece, não existe um processo de discussão envolvendo os profissionais que vão implementar esta ou aquela ação. A queixa recai na forma como certos procedimentos são impostos:

“... a vitamina A veio assim por ofício também, depois teve uma reunião com a técnica da secretaria, que ta coordenando essa questão da vitamina A, aí deu pra esclarecer...” (EE3)

Talvez seja necessário um equacionamento entre a necessidade de controle gerencial das ações e serviços com algum nível de liberdade técnico-profissional, necessário à realização do trabalho, bem como às possibilidades de ação para mudar as práticas. Além dos aspectos acima apresentados, a idéia de autonomia, para esses profissionais enfermeiros que

atuam no PSF, se relaciona à idéia de valorização e conquista de espaço. Portanto, não seria algo dado, mas algo conquistado no próprio processo de trabalho:

“... a gente tem uma autonomia, que a gente consegue manter, existe um reconhecimento, uma valorização do trabalho da enfermeira, do médico, todos são valorizados” (EEEC)

“... temos autonomia, e digo mais, enquanto enfermeira a gente conquistou espaço na unidade de saúde, a gente conquistou espaço junto com a população, que as vezes tem gente que diz: eu quero marcar pra Dra. Enfermeira, que vem, que sabe que você” (EE3)

Assim, se por um lado, a estratégia de saúde da família tem possibilitado a valorização e a autonomia, para alguns profissionais o fato de constituir-se numa política pública para a atenção básica requer uma padronização de ações, que, por outro lado, relativizam o poder de decisão dos profissionais, individualmente, ou mesmo do conjunto de profissionais de uma unidade de saúde. Isto provoca tensões na medida em que as normas ou padronizações do atendimento limitam a autonomia requerida pelos profissionais.

Outros aspectos, não relacionados ao poder de decisão, representam pontos de tensão entre alguns profissionais do PSF. Para a médica o que mais afeta sua liberdade é o controle do horário de trabalho através do cartão de ponto:

“ Liberdade a gente tem, de tá mudando as coisas mas, pressionada sim, eu costumo dizer o seguinte: que aqui a gente bate ponto de manhã e de tarde, na hora de saída, antes, ainda batia no horário de almoço, só temos uma hora pra almoçar, a gente batia pra saída do almoço e na entrada pra tarde, ai realmente era pior. Considero o cartão de ponto uma coisa, retrógrada. Não foi à primeira vez que eu bati ponto na minha vida. Acho que o compromisso dos profissionais não se mede por cartão de ponto, lá no A. do C. mesmo, na época não existia ainda cartão de ponto, o compromisso que a gente tinha era com a comunidade .. a gente nunca conseguia sair de lá 5 horas ...”(EMEC)

Para a enfermeira, é “uma maravilha”. Apesar das resistências iniciais, incorporou o cartão de ponto e tem consciência que é obrigação cumprir horário.

“ Eu acho uma maravilha, porque você no seu, nosso horário de 8 as 17, então eu chego bato meu ponto se por acaso me atrasar chegar 8:15 minha colega não tem que ficar dizendo que L. chegou atrasada hoje, L. saiu mais cedo ... o ponto pra o final do mês vai ficar no computador, então acho que você deve dar uma satisfação a comissão, cheguei mais atrasada, vou sair mais cedo um pouquinho... acho o ponto maravilhoso, eu acho que toda a unidade de saúde devia ter o ponto sim...o que você tem a esconder? Nada, se sou contratada pra trabalhar de 8 as 17, então é minha obrigação enquanto profissional ta aqui de 8 as 17. Então, que é que custa eu bater o ponto? porque existe muita coisa do serviço publico das pessoas, chegam atrasadas, não dão satisfação, saem mais cedo, não cumprem o horário, não cumpre sua carga horária, e tem um culto de que isso é normal, não, então eu tenho um contrato de trabalho, que o gestor me paga, me contratou pra trabalhar X horas por dia, então é minha obrigação trabalhar X horas por dia... “ teve resistência, por exemplo, a gente bate ponto no horário do almoço mesmo a gente aqui a gente batia ponto no horário do almoço, ai depois tirou o do horário do almoço, você bate na entrada e na saída, mas acho que isso foi incorporado, ninguém hoje nem comenta mais de que não é pra ter ...não é problema” (EE3)

A dinâmica de trabalho da estratégia Saúde da Família envolve uma equipe multidisciplinar, com profissionais com diferentes conhecimentos e capacidades, que também se diferenciam em sua singularidade objetiva e subjetiva. Entre as condições objetivas, estão a inserção de classe, o poder aquisitivo e as diferenças econômicas e culturais que, apesar de não se constituírem em conflitos, representam contradições. Estas são observadas pelos profissionais, os quais reconhecem a necessidade de apreender a conviver e a lidar com as diferenças sociais dos usuários e da própria equipe.

“... trabalhar numa equipe de saúde da família realmente é um pouco complicado porque você tem que saber lidar com as diferenças, não só categorias, você tem que ser flexível, porque é uma equipe muito variada, mas também com as diferenças sócio-econômicas e até culturais... pode ter em uma só equipe, os diferentes níveis sociais e econômicos (...) contradição de até a pessoa que recebe melhor, que tem um nível social e cultura diferente (...) quem ganha mais, quem ganha menos, até pela profissão que tem, e até a condição dele social mesmo, essa condição faz com que ele tenha hábitos diferentes é... cultural... porque no nosso país capitalista ele tá numa classe social, mais privilegiada não é?... e as pessoas são obrigadas a conviverem 8 horas por dia, eu realmente não tenho problema nenhum... é uma equipe que além de ser multidisciplinar ela também tem diferenças (...) a pessoa enquanto profissional entra numa sala, numa equipe de saúde da família além dessa questão interdisciplinar, ela também tem que aprender a lidar com essa coisa do social também não só em relação ao usuário, mas a relação com a própria equipe...(EMEC)

A forma de organização e a carga horária do PSF exigem quase que tempo integral. No âmbito do próprio trabalho, segundo essa enfermeira, falta tempo até pra pensar, falta tempo para cuidar de “suas coisas”:

“ Ah, queria ter mais tempo para ter mais controle da, das minhas coisas, acho que hoje muita gente não tem tempo, porque a gente sai de uma coisa para outra, e às vezes... ter tempo mesmo, porque, se não tiver tempo para você parar, pensar em alguma coisa ... a gente não tem esse tempo, porque quando você, realmente, quando você chega em casa e ainda tem milhões de coisas para fazer para depois ainda sentar para programar alguma coisa do trabalho... (...) Porque tem a reunião..., mas não dá tempo, a gente, quando termina a reunião de segunda-feira, que é a reunião da equipe, já terminou o horário, já é onze e meia. Começa a discutir uma coisa, aí entra outra e entra outra, quando você vê, passou a manhã toda. As reuniões de sexta-feira, a reunião da unidade, que junta todo mundo e que discute e que lê ofício e que não sei o que, não sei o quê... A gente já pensou, vamos, porque, realmente, eu acho essa de sexta-feira, mas quando você termina a programação da reunião já tá na hora praticamente de você encerrar, quatro, quatro e pouco, então fica, realmente sem espaço, então, se a gente tivesse um espaço para você realmente parar sozinho, ou com uma ou duas pessoas... “ (EEEC)

Características que marcam o trabalho no PSF para os profissionais

O vínculo que se estabelece com a população usuária dos serviços e o reconhecimento do trabalho e as intersubjetividades que a forma de organização do trabalho possibilita são

características que, segundo os profissionais estudados, marcam ou diferenciam o processo de trabalho no PSF.

“... acho que é o vínculo mesmo, é interessante a identificação, não é?! Você percebe quando o paciente chega que você chama ele pelo nome, como é diferente! É assim como a gente se impõe. Quando você chega num lugar que você é reconhecida você se sente mais confiante. Você se sente mais em casa, do que se você chegar num lugar onde você é só Marília que ninguém sabe quem é M., se chega M, aí, pôxa, M. chegou. É diferente. né?” (EEEC)

O reconhecimento ou não do trabalho é uma questão subjetiva que interfere positiva ou negativamente. O não reconhecimento do compromisso dos profissionais pode ser fonte de insatisfação.

“O reconhecimento do paciente só, acho que enquanto secretaria, enquanto município, enquanto gestão eu acho que a gente não tem reconhecimento nenhum, acho que uma das coisas que me frustra no programa é esse não reconhecimento do outro lado, você fica assim pôxa! porque o paciente reconhece tanto e porque do outro lado não reconhece quase nada? (...)pra você chegar e falar assim que um profissional não tem compromisso nenhum, que o profissional é isso, é aquilo outro, você tem que ter um embasamento muito grande, realmente não vejo, tenho anos de PACS, tenho anos de PSF e realmente, quem não tem um pouquinho de compromisso não fica é o tipo de programa que não dá outras coisas... outras coisas você enrola, mas no PACS, PSF ou você tem um certo compromisso, certo, ou você sai, não agüenta entendeu?(...) o que mais me agrada é isso, de você vê o reconhecimento” (EEEC)

A confiança e preferência dos usuários pelos profissionais, as quais são construídas no processo de trabalho vivo, a partir do vínculo, é outro aspecto que dá satisfação aos profissionais que trabalham no PSF e que, de certa forma, caracteriza este tipo de trabalho.

“ela é diabética que a gente encaminhou ela pra o Centro de referencia de Cardiologia ai marcou endócrino pra ela marcou tudo lá, ai ela disse que ela não queria a enfermeira de lá não, porque ela já tinha a enfermeira dela aqui no posto. Então que ela vinha com a enfermeira dela aqui do posto ..as pessoas acreditam nesse espaço, confiam em você enquanto profissional, quanto técnico, existe uma confiança, se não existisse não te procurava né?” (EE3)

A interação que as visitas domiciliares possibilitam é um aspecto relacional que agrada a pelo menos um dos profissionais:

“gosto das visitas domiciliares, adoro (...) das pessoas te receberem em casa, eu gosto disso, por exemplo, uma gestante que faz o pré-natal com você, que você orienta, quando ela vem com o neném que você vê que ela ta fazendo tudo direitinho, que você orientou, que você vê que ela ta fazendo o aleitamento exclusivo, que ela não atrasa vacina, isso é gratificante isso eu gosto” (EE3)

A divisão técnica do trabalho e a integração com várias categorias profissionais são também aspectos que marcam o trabalho no PSF.

“ É totalmente integrado, interligado não pode ser um trabalho individual, separado não só com o da médica e enfermeira, mas também com os demais agentes, na equipe são sete agentes e cada um complementa o trabalho do outro, a gente é essa ponte de ligação entre a comunidade e a unidade de saúde, a 1ª triagem é a gente que faz, trás ao conhecimento da enfermeira principalmente, e depois da médica e elas fazem à triagem final desse paciente, porque nós temos pacientes que fazemos visitas domiciliar, aqueles pacientes que são acamados, que não podem vim até a unidade, geralmente quem faz a triagem final desse paciente é a enfermeira” (ACEI)

O perfil do enfermeiro tem um significado importante na organização do trabalho do PSF, especialmente pela relação que estabelece com os auxiliares de enfermagem e pela afinidade com trabalhos educativos, influenciando na organização do trabalho como um todo:

“a enfermeira, assim, ela nos dá uma autoridade, um apóio para a gente ter aquela firmeza com paciente, como pessoa e como profissional (...) com as demais coisas também que a gente resolve em uma reunião, quando a gente fala uma coisa a gente já se sente ter o mesmo direito, de ser ouvida tanto como o pessoal do nível superior, nível médio e nível superior nós temos ... sabemos cada uma seu patamar, mas a gente quando fala alguma coisa, dá uma opinião, elas ouvem a gente, trata como gente, aqui o posto, realmente, é diferente (...) é por isso que o povo gosta né?! a gente deu certo, faz um trabalho que deu certo, se organizou de forma diferente, é a organização (...) O pessoal mesmo que vê, porque tem, as enfermeiras, todas já veio de outro PSF ” (AEE1)

“ o trabalho de enfermeira é muito importante, se ela tiver envolvida também. Já vi em vários momentos a enfermeira ficar totalmente sobrecarregada, ser responsável por tudo. A coisa boa de você ser membro da comissão é você, por exemplo, os relatórios não ficam mais com a enfermeira, todo mundo aqui é capacitado para fazer... a enfermeira não fica tão sobrecarregada, ela consegue, resolver muitas coisas que não fica todo mundo só indo pro médico, né?! A enfermeira dentro do protocolo de enfermagem consegue resolver muita coisa, fazer as consultas, eu gosto demais do trabalho da enfermeira porque aprendi muito, tive filho e tudo e a gente nunca tive uma atividade educativa. Por exemplo, eu via a enfermeira daqui pegar uma boneca e ensinar tudo ao bebê como é que limpa o ouvido, tudo, da cabeça ao pé do bebê, a gente aprende também com o grupo de gestantes, a gente sente falta, desse serviço. O pessoal adora uma consulta de enfermagem porque ela ensina até como lavar uma calcinha, deixar num lugar arejado... Inclusive outro dia eu fui para a escola aí uma adolescente falou assim “olhe, eu moro na Vasco da Gama e eu queria me cadastrar nesse posto porque diz que ensina tudo a gente... ” (MCGU)

Apesar das contradições, conflitos e lacunas ainda existentes na Estratégia Saúde da Família, para um dos profissionais não é mais possível reverter essa lógica de co-responsabilidade e vínculo com um determinado território. A carga horária de 40 horas parece ser uma condição necessária para facilitar o acesso da população adscrita:

“ eu acho assim, que não dá mais para reverter a lógica de atenção do PSF, por que eu já trabalhei no outro modelo, por exemplo, a participação da comunidade, o vínculo, essa co-responsabilidade da gente está também, trabalhando nesse processo da comunidade ter o auto cuidado, nessa linha de cuidado mesmo, desenvolvendo essa ação. Agente faz a parte curativa, mas também sempre num processo de educação permanente, por exemplo, eu faço a atividade de grupo, mas todo paciente que está no meu consultório eu tô sempre educando, fazendo com que ele descubra esse auto cuidado, essa valorização que ele deve ter. Então, assim, o vínculo com responsabilidade. Nesses

dois anos a comunidade reconhece os profissionais, a gente conhece a área, conhece a casa, antes você atendia a pessoa, me via apenas como atendendo uma boca, sabe?! Hoje não, hoje a gente sabe onde a pessoa mora, quais são as dificuldades da pessoa., está ali, o cartão da família, mostra para a gente o envelope da família, mostra para a gente qual é a realidade e também a gente descobre que saúde e condições de vida estão muito ligados. Então a gente também tenta trabalhar com os limites que a pessoa tem no seu domicílio. Não dá mais para a gente... acho também, que a comunidade não é mais a mesma, não vai mais aceitar como era antes. A gente trabalha com dedicação integral, quarenta horas, né?! cumprindo exatamente a carga horária, então, comunidade sempre tem acesso aos profissionais. ” (MCGU)

b) Relação entre a Prática e o Processo Educativo

Para discutir as relações das práticas com o processo educativo vivenciado pelos sujeitos alvo deste estudo, faremos uma análise e caracterização do curso que teve entre seus participantes os sujeitos alvo do presente estudo.

O Curso de Especialização em Saúde da Família – CESF desenvolvido entre outubro de 2002 e novembro de 2003 pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, através do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, em articulação com a Escola de Enfermagem da UFBA, com interveniência da Fundação e Apoio à Pesquisa e Extensão (FAPEX), com financiamento obtido junto ao Ministério da Saúde, após participação em concorrência pública, mediante contrato -131.2001(MS-REFORSUS).

A **clientela** do curso foi composta por médicos e enfermeiros que atuavam em equipes de Saúde da Família de 39 municípios baianos. Dos 99 alunos-trabalhadores aprovados e classificados no processo de seleção pública, 84 concluíram, sendo: 40 médicos e 36 enfermeiros, de equipes do PSF de 39 municípios baianos, além de 08 coordenadores (07 Enfermeiras e 01 Nutricionista). Destes 84 concluintes, 78 apresentaram trabalhos, em pôsteres ou oralmente, na Mostra do Curso.

O Curso desenvolveu-se com uma **carga horária** total de 690 horas distribuídas em um (1) módulo introdutório e mais seis (6) módulos sequenciais, sendo que houve 330 horas de teoria e 360 de prática, computadas no próprio processo de trabalho.

Teve como **finalidade** qualificar, clínica e epidemiologicamente, profissionais de Equipes de Saúde da Família, especificamente médicos e enfermeiros, para o atendimento individual e coletivo numa perspectiva de implementação e fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família no Estado da Bahia.

Tomando-se com referência o Projeto do curso, podemos dizer que o **objetivo** principal deste processo educativo foi qualificar “*profissionais de saúde, em especial médicos e enfermeiros, para desempenharem suas atividades profissionais em unidades básicas de saúde sob a Estratégia de Saúde da Família, através de ações de abordagem coletiva e de abordagem clínica individual*” e como objetivos específicos:

“a) *Discutir o papel do profissional de saúde e estratégias de atuação com vistas à reformulação do modelo de atenção à saúde, com base nos princípios do SUS;*

b) *Aprimorar a capacidade dos participantes para o trabalho em equipe e interdisciplinar, na perspectiva da abordagem integral dos problemas de saúde em sua área de abrangência;*

c) *Capacitar para o processo de gestão local de sistemas de saúde de saúde, observando a concepção de saúde coletiva, seguindo os princípios de universalidade, equidade, integralidade e racionalidade das ações;*

d) *Capacitar clínica e epidemiologicamente os participantes para uma apropriada atenção à saúde da criança e do adolescente, da mulher e do adulto em geral e do idoso, e para o pronto e adequado diagnóstico das doenças mais frequentes na área de abrangência da equipe, mediante uma abordagem sistêmica;*

e) *Promover a saúde, entendendo-a como resultante das condições de vida e da formas de organização social;*

d) *Estimular a constituição de sujeitos individuais e coletivos "atitudinalmente" favoráveis e aderentes a organização do trabalho mais humanizada e resolutiva” (Projeto do Curso).*

Os objetivos do curso evidenciam estreita relação com o processo de trabalho e os princípios da Estratégia de Saúde da Família. Houve uma tentativa de articular conhecimentos da clínica, da epidemiologia, do planejamento e gestão, conhecimentos relativos ao papel dos profissionais e organização do trabalho no âmbito do SUS e do PSF mais especificamente.

A **estrutura** do curso caracterizou-se por ser modular, com desconcentração de parte das atividades através da realização de trabalhos práticos no ambiente de trabalho. Essa forma de organização objetivou facilitar o acesso dos trabalhadores que atuam em municípios distantes e possuem carga horária de 40 horas, em sua maioria. O processo de ensino-aprendizagem foi dividido em períodos de concentração com atividades em sala de aula, denominado “Momento de Interação Pedagógica/MIP” (interação entre conhecimentos já produzidos e as experiências práticas dos envolvidos no processo pedagógico sob a condução de professores com participação ativa dos alunos trabalhadores para aprofundamento teórico)

e períodos de dispersão ou “Momentos de Interação no Trabalho/MIT” (interação com a própria prática, com seu processo de trabalho, com as ações e serviços existentes em sua área de abrangência). Estes MITs foram desenvolvidos mediante roteiro e orientação do supervisor/preceptor, os quais utilizaram-se de ferramentas de comunicação a distância – email, fax, telefone – para acompanhamento das práticas. Interação, no curso, foi entendida como “*reflexão-ação (e vice-versa) com os conteúdos técnicos-pedagógicos e com o trabalho em si*” (Projeto de Curso).

Assim, os módulos foram desenvolvidos em Momentos de Interação Pedagógica (MIP) de 4 dias a cada mês e em Momentos de Interação com Trabalho (MIT) onde desenvolviam atividades, mediante roteiro orientador, no próprio ambiente de trabalho, juntamente com sua equipe tendo como foco problemas de saúde da população de sua área de atuação. Tais características não só facilitaram o acesso dos trabalhadores a este processo educativo, como favoreceram o envolvimento, ou participação indireta dos outros membros da Equipe desses participantes e ainda garantiram efetivamente a articulação teoria-prática. Na reunião final de avaliação, alguns registros indicam essa perspectiva:

“eu não fiz nada sozinha, eu não fiz absolutamente nada sozinha. Como nós temos duas equipes funcionando na unidade que eu trabalho então, todo mundo os médicos, enfermeiras, auxiliares, agentes comunitários, todos participamos de absolutamente tudo. Os módulos eu chego, deixo lá na unidade pra que todo mundo tenha entendido?”(Reunião de avaliação)

“você sensibiliza até os seus colegas querem fazer você procura um, sabe vai ter a turma também vai querer participar por que vê que você tá crescendo naquilo que você tá passando entendeu, é interessante até pra dar continuidade ao programa, a estratégia do programa de saúde da família. A gente não pode tá deixar de tá estudando, de tá realmente trabalhando em cima dos conhecimentos técnicos científicos da coisa” (RFA)

“foi muito importante esse trabalho, esse curso foi assim, muito oportuno, eu tinha um desejo muito grande em fazer um curso em especialização na área da saúde da família(...), com certeza contribuiu muito comigo, no meu pensar, no meu repensar, nas minhas práticas do dia a dia, não só comigo, mas esse toque foi também na minha equipe como um todo. Hoje, estou na coordenação do PSF do município de M., mas atuei também nas equipes, pra fazer as tarefas e os trabalhos de hipertensão e da atividade do curso. Eu tomei minha equipe como referência (...)” (Reunião Avaliação).

Metodologicamente, ao tomar o trabalho e suas práticas como fio condutor do processo educativo, o curso pautou-se por um referencial que valoriza a interação dialética entre os trabalhadores e seu processo de trabalho, colocando a possibilidade de que os conhecimentos adquiridos e as interações realizadas no, e através do curso, operassem alguma mudança na forma de pensar e fazer desses trabalhadores. Essa idéia foi objetivada no desenho do curso, o qual se dividiu em momentos de interação pedagógica (MIP) e em

momentos de interação com o trabalho (MIT). Essa relação teoria prática foi percebida como um aspecto positivo pelos alunos:

“o mais positivo foi a interação da teoria com a prática a cada módulo, por exemplo, o MIT é legal, por que ele exige que a gente faça alguma coisa..., por ter que fazer, então tem que ser feito, não tem que deixar pra depois, aí é bem uma interação mesmo da parte pedagógica e do trabalho e é legal” (RFA-médico).

Numa perspectiva histórico-social, quando o indivíduo transforma a realidade ou o ambiente através do seu comportamento, essa transformação também vai influenciar seu comportamento futuro, pois a prática seria esse sujeito objetivado. Enfim, nessa abordagem, acredita-se que o ser humano ao transformar seu meio para atender às suas necessidades, transforma a si mesmo. No caso de processos educativos, essa interação dialética pressupõe uma valorização da comunicação, de um agir comunicativo em busca de um entendimento, e no caso estudado, de um novo entendimento do processo de trabalho no âmbito do PSF, trazendo novos valores, pautando-se na saúde e numa perspectiva da integralidade, do coletivo e do social. Além dos aspectos já mencionados, no projeto, ao destacar um estímulo ao trabalho em equipe, subte-se que a intercomunicação e intersubjetividade tenham sido consideradas nas estratégias pedagógicas.

“profissionais capazes de perceber a multicausalidade dos processos mórbidos, sejam físicos, mentais ou sociais, tanto individuais, como coletivos, contextualizando-se, sempre, o indivíduo em seu meio ambiente, é fundamental que se desenvolva um processo educacional permanente, integrando o ensino com o serviço, voltando-se à criação de novos valores, trabalhando mais a saúde do que a doença, permeados de preocupações integrais, coletivas e sociais e através do estímulo permanente ao trabalho em equipe” (Projeto do Curso).

Para além da articulação trabalho – educação e teoria - prática, o curso tomou como eixo estruturante a estratégia Saúde da Família, com vistas a colaborar com a construção de um modelo de atenção coerente com os princípios do SUS, através da qualificação de médicos e enfermeiros da Saúde da Família.

Houve uma clara priorização do processo de trabalho e das práticas, na orientação e direcionalidade do processo pedagógico. Observando-se os trabalhos práticos desenvolvidos durante os MITs (ver quadro) podemos dizer que a articulação teoria-prática permeou as atividades prático-pedagógicas, na medida em que propunha uma articulação com o próprio trabalho, que no curso foi considerado “como base para produção, construção e reconstrução

de conhecimentos e práticas e não apenas como uma aplicação prática de conhecimentos e técnicas ²” (Relatório Final do Curso).

Através da problematização, presente na descrição do conteúdo do módulo introdutório do curso, evidencia-se a perspectiva de valorização dos sujeitos. Procurou-se ir além do objeto de suas práticas e dos procedimentos, buscando, através do desenvolvimento processual e de oficinas, nas quais trabalho-se aspectos da subjetividade humana, constituir-se numa estratégia de qualificação profissional voltada para aumentar as possibilidades de mudanças nas práticas desses profissionais.

“A oficina teve como objetivos identificar os conceitos hegemônicos que norteiam as relações dos alunos com o SUS e seus ambientes de trabalho; identificar a forma como os serviços de saúde se organizam (valores, trabalho em grupo, relacionamento pessoal, capacidades de negociação, cruzamento de saberes dominantes); identificar a lógica do trabalho nas unidades de saúde, saberes e práticas, atitudes e habilidades relacionados aos saberes hegemônicos existentes no âmbito das equipes de saúde da família; identificar a necessidade de desenvolver atitudes que favoreçam a comunicação interativa, respeitando os valores e crenças dos diversos atores sociais em situação. Para tanto se utilizou uma metodologia problematizadora que identificou, através de um processo de observação da realidade, as visões e práticas dominantes na lógica do processo de trabalho das equipes/profissionais e na organização dos serviços baseada no paradigma da assistência, contextualizando-as no processo de construção do SUS e identificando dificuldades e possibilidades de enfrentamento dos problemas, levantando soluções e identificando conhecimentos necessários à formulação e execução de novas práticas” (Relatório Final do Curso- p:10).

Como já foi destacado, a articulação teoria-prática também pode ser observada na estruturação do Curso com períodos de concentração, denominados de Momento de Interação Pedagógica - MIP, no qual buscou-se promover uma interação dos conhecimentos produzidos com as experiências vivenciadas e já acumuladas pelos alunos-trabalhadores; e com períodos de dispersão, denominados de Momentos de Interação no Trabalho – MIT, no qual, partindo-se das temáticas propostas para cada MIP, foram propostos trabalhos práticos que favorecessem a reflexão sobre sua própria prática, intencionalmente, objetivando:

“a resignificação ou construção de “novos” conhecimentos e práticas pelos sujeitos envolvidos no processo educativo”. Esta interação, aqui tratada como um processo contínuo de reflexão-ação sobre os conteúdos técnico-pedagógicos e sobre o processo de trabalho em si, foi instrumentalizada por professores em sala de aula e mediada por roteiros de orientação e pelo acompanhamento de supervisores” (Relatório do Curso).

A valorização do processo de trabalho também se deu a partir dos projetos de intervenção que foram elaborados a partir de problemas identificados pelos alunos no início do curso. Tais projetos foram desenvolvidos durante o curso, mediante orientação a distância,

² Fontoura, M. S. Trabalho como Princípio Educativo e sua Relação com a Construção do Sistema Único de Saúde, Dissertação de Mestrado, FAGED/UFBA, Salvador, 1996 (mimeo).

e-mails, telefone e acompanhamento presencial dos supervisores de turma e coordenadores, através de oficinas metodológicas em “rodas de conversa e trocas”, nas quais os alunos que conseguiam avançar, ao apresentarem seus produtos, ajudavam os demais a avançarem em seus projetos. Mais uma vez, a interação dialética e o agir comunicativo são usados como instrumentos facilitadores do processo de aprendizagem e para construção do conhecimento.

No que se refere à **estrutura**, o curso foi desenvolvido através de módulos seqüenciais:

- *Módulo Introdutório: os Sujeitos e suas Práticas no Contexto do SUS;*
- *Módulo I: Saúde da Família no âmbito da conjuntura da Política de Saúde;*
- *Módulo II: Abordagem Integral dos Problemas de Saúde e Trabalho Interdisciplinar;*
- *Módulo III: Gestão de Área de Abrangência e Gerência da Unidade de Saúde da Família;*
- *Módulo IV: Atenção Individual e Coletiva a Grupos Específicos;*
- *Módulo V: Educação e Comunicação para a Promoção da Saúde.*
- *Módulo VI – Construindo Novos Sujeitos para Novas Práticas, este último módulo foi desenvolvido como módulo introdutório nos primeiros momentos do curso.*

A **lógica de estruturação dos módulos** considerou competências globais seguidas de um detalhamento que contemplou habilidades operacionais, cognitivas e atitudinais com **conteúdos** que eram trabalhados em Momentos de Interação Pedagógica (MIP) seguidos de um Roteiro Orientador a ser desenvolvido nos Momentos de Interação com o Trabalho (MIT), no âmbito das práticas de cada aluno trabalhador.

Mesmo sem entrar no detalhamento, a simples análise do enunciado de cada módulo, acima explicitado, evidencia que:

1 - No módulo introdutório, ao qual foi incorporado o módulo IV, observa-se que houve uma preocupação em situar o sujeito e suas práticas no contexto do SUS, colocando-o como parte de um todo. Assim, espera-se que o trabalhador perceba-se parte de uma totalidade que é o sistema de saúde e que, portanto, pode, ao modificar suas práticas, contribuir para mudanças mais gerais;

2 - A estratégia Saúde da Família foi valorizada como parte de uma política pública e também como parte do SUS. Ou seja, para compreender seu processo de trabalho, é importante que o compreenda e o relacione com a perspectiva política mais global, considerando conteúdos da história e da política;

3 - Ao tomar os problemas de saúde como objeto do trabalho dos profissionais que atuam no saúde da família, devem ser considerados conhecimentos da epidemiologia. Ao valorizar a dimensão interdisciplinar como uns dos aspectos marcantes do processo de trabalho no PSF, devem usar outros conhecimentos relacionados a outros campos de conhecimento, como as ciências sociais;

4 – Os conteúdos e conhecimentos relativos à gestão e ao gerenciamento das unidades e da área de abrangência também foram contemplados, envolvendo a perspectiva do território e não apenas da unidade. Conhecimentos e métodos para dar suporte ao planejamento, ao gerenciamento da área e para compreender a inter-relação da gestão municipal com o processo de trabalho das equipes;

5 - Conteúdos da Clínica foram considerados, especialmente para dar suporte à atenção individual e aos grupos. A atenção coletiva foi colocada ao lado da atenção individual.

6 - Conteúdos da Comunicação e da Educação também foram valorizados numa perspectiva da promoção da saúde. Foram considerados conhecimentos para favorecer o uso das tecnologias educacionais e comunicacionais e de estímulo à mobilização e organização comunitária e para o desenvolvimento de ações educativas, junto às pessoas, grupos, famílias e comunidade, como podemos ver também no quadro que se segue.

Essa forma de estruturação do curso, dividindo-se entre momentos de interação pedagógica e momentos de interação com o trabalho, favoreceu a construção do conhecimento segundo uma das enfermeiras:

“ importância da construção coletiva mesmo do conhecimento, eu acho que o curso trouxe justamente isso essa nova abordagem além da abordagem muito individual do paciente dessa nova forma de visualizar a realidade onde a gente vive, e dessa análise construir realmente coisas que possam ser efetivas dentro do nosso trabalho. Então, essa análise foi super importante a gente trabalha em cima de dados algumas vezes ou uma análise qualitativa mais quando você senta que você faz uma operação, uma análise como a gente fez, da situação de saúde e constrói a partir disso, tudo muda por que você vai na verdade intervir e ser pontual e conseguir efetividade nas coisas que se propõe. E dentro disso eu acho que os MIT's foram extremamente importantes” (RFA- enfermeiro)

Quadro II - Demonstrativo dos conteúdos e da articulação teoria-prática através dos MIPs e MITs

Módulos	Momentos de Interação Pedagógica	Momentos de Interação com o Trabalho
Introdutório (Módulo VI - transversal) Construindo Novos Sujeitos para Novas Práticas no Contexto do SUS	Conteúdos ou competências que foram desenvolvidas em cada Módulo Discutiu a questão dos sujeitos e as relações que se desenvolvem do âmbito do sistema, do processo de trabalho e especialmente na comunidade. As relações pessoais e de trabalho que não se separam no cotidiano de uma unidade de saúde da família e de como essas relações podem ser determinantes na mudança do modelo de atenção e conseqüente construção dos SUS.	Conteúdo dos Roteiros Orientadores do Trabalho Prático de cada Módulo - Localização e Leitura do Plano do Municipal de Saúde; Relatório de Gestão; Pacto/PPI; Agenda Municipal de Saúde e Quadro de Metas, para Identificarem e conhecerem os instrumentos de Gestão da Saúde a nível municipal e para subsidiar a discussão para o módulo seguinte - Políticas de Saúde. - Descrição de uma experiência educativa já desenvolvida por eles no âmbito de suas unidades ou áreas de abrangência. Objetivando discutir no módulo de educação, comunicação no âmbito da promoção, as concepções pedagógicas predominantes nas práticas das equipes, sua coerência e os desafios a serem enfrentados para construção e/ou adoção de novas práticas que favoreçam a implementação de um modelo de atenção promotor da saúde.
Módulo I Saúde da Família no âmbito da conjuntura da Política de Saúde	Foram abordados aspectos da conjuntura da Política de Saúde e a inserção da estratégia de Saúde da Família na perspectiva da mudança do modelo assistencial. Envolveu conteúdos e estratégias para apoiar o desenvolvimento da capacidade de analisar criticamente a conjuntura da política de saúde atual e de refletir sobre o seu papel enquanto profissional de saúde inserido numa proposta de reformulação do modelo de atenção, incorporando ao seu processo de trabalho ações e procedimentos coerentes com os princípios do SUS.	Caracterização da Gestão da Saúde no município a partir do levantamento das informações sobre a situação de habilitação conforme a NOB: composição de recursos financeiros para a Saúde; principais problemas de saúde do município e situação do Programa de Saúde da Família no Município, discutindo os limites e possibilidades do PS enquanto estratégia de reorganização da atenção básica neste município. Descrição do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família na qual o aluno está inserido, levantando atribuições e atividades do aluno na equipe; atividades dizem respeito ao conjunto da equipe; dinâmica de trabalho da equipe: Como é o processo de decisão? Como são programadas as atividades? O que é compartilhado por todos e o que deveria ser? Como é realizada a supervisão dos profissionais de nível médio e elementar? Como é feita a avaliação do trabalhos desenvolvido pela equipe? Como se dá a gerência da unidade de saúde?
Módulo II Abordagem Integral dos Problemas de Saúde e Trabalho Interdisciplinar.	Tratou das especificidades do processo de trabalho e habilidades necessárias para a equipe de saúde da família. Numa perspectiva de orientá-los para uma abordagem integral dos problemas de saúde serão trabalhadas técnicas, instrumentos e condutas de diversas área do conhecimento a serem utilizadas no plano individual e coletivo. Discutiu a necessidade da Análise da Situação de Saúde para direcionar ações, conhecer o contexto, investigar, planejar, resolver situações problema, avaliar, agir/executar, elaborar metas, acompanhar processos de trabalho.	Análise da Situação de Saúde considerando os itens: apresentação; metodologia; preparação da oficina com a comunidade; realização da oficina com a comunidade; mapeamento da área da equipe; caracterização demográfica, sócio-econômica; cultural e política; perfil epidemiológico e sistema de informação; unidade de saúde; controle social; levantamento dos problemas de saúde; comentários finais.
Módulo III Gestão de Área e Gerência da Unidade de Saúde da Família	Foram desenvolvidos conteúdos afeitos à gestão e gerência de ações e serviços de saúde incorporando principalmente o planejamento em saúde e instrumentos administrativos para o gerenciamento de unidades básicas de saúde.	A partir da análise da situação de saúde da área de abrangência da equipe de saúde da família foi proposto: escolha de um problema do estado de saúde da população referência; em seguida selecionar e descrever seu projeto de intervenção, destacando a justificativa, os objetivos e a metodologia acompanhados da análise de viabilidade da intervenção que escolheu. Iniciando a sensibilização para o Módulo de Clínica, também foi solicitada a apresentação de um estudo caso selecionado em seu ambiente de trabalho.

Quadro II - Demonstrativo dos conteúdos e da articulação teoria-prática através dos MIPs e MITs (cont.)

Módulos	Momentos de Interação Pedagógica	Momentos de Interação com o Trabalho
Módulo IV Atenção Individual e Coletiva a Grupos Específicos	Conteúdos ou competências que foram desenvolvidas em cada Módulo De maior abrangência, envolveu as ações e serviços na perspectiva da Vigilância à Saúde, considerando as atribuições, perfil e especificidade ética das duas categorias que compõem a clientela-alvo. As competências gerais, pretendidas foram: capacidade para prestar atenção integral à saúde das pessoas, considerando as características de cada ciclo ou etapas de vida (mulher, criança, adolescente, adulto, idoso) , pessoas em sofrimento mental; capacidade para realizar atendimento básico, incluindo adequada anamnese, formulação diagnóstica, solicitação de exames complementares, interpretação dos resultados, terapêutica inicial, orientação, avaliação prognóstica e referenciamento à cuidados secundários e terciários quando necessários, em função do perfil epidemiológico da população de sua área de abrangência; capacidade de realizar Pronto Atendimentos “básicos” de urgência e emergência.	Conteúdo dos Roteiros Orientadores do Trabalho Prático de cada Módulo Nos quatro primeiros encontros deste módulo os alunos receberam os roteiros das práticas dos bloco temáticos, considerando além dos conteúdos do módulo, conhecimentos dos módulos anteriores (análise da situacional, sistemas de informação, problemas do estado de saúde local, práticas educativas e comunicacionais). Foram desenvolvidas atividades com as temáticas da urgência/emergência na rede básica, assistência à saúde mental, mulher e criança. Nos últimos três encontros foram desenvolvidas as oficinas pedagógicas, voltadas para o acompanhamento e operacionalização dos projetos de intervenção, desenvolvidos para a avaliação do curso.
Modulo V Comunicação e Educação para a Promoção da Saúde	Conteúdos para subsidiar ações para promoção a saúde, utilizando tecnologias educacionais e comunicacionais de estímulo à mobilização e organização comunitária e para o desenvolvimento de ações educativas, junto às pessoas, grupos, famílias e comunidade, objetivando a prevenção de agravos , riscos e doenças prevalentes em suas áreas de abrangência.	Preenchimento de planilhas específicas, para identificação das práticas desenvolvidas pelos alunos-trabalhadores, relacionando-as às necessidades, dificuldades, facilidades e recursos disponíveis para sua execução. Para o MIT , os alunos foram orientados a refazerem os trabalhos de Análise da Situação de Saúde e de Caracterização da Gestão do Município de atuação.

Noutro depoimento, percebe-se que os momentos de interação com o trabalho possibilitaram, de certa forma, a criação de grupos de aprendizagem coletiva, já que construíram, a partir do profissional que participava do curso, espaços para compartilhamento e socialização do conhecimento. Vemos, no depoimento que se segue, uma possibilidade de processos de capacitação servirem para envolver e implicar outros profissionais. Nessa direção, o desenho do curso poderá constituir-se numa estratégia de multiplicação, construção coletiva, com potencialidade de dinamizar mudanças:

“ na minha experiência por exemplo, através desses MIT’s é que eu passava tudo pra minha equipe, então toda segunda-feira chegava de viagem então a segunda-feira à tarde nós tínhamos reunião, com a equipe e as incrível a ansiedade das pessoas da equipe pra saber o que é que mudou, o que é que você a trazendo de novo, o que é que nós vamos modificar, o que é que nós vamos fazer? Até de uma forma assim puxa, com sede pra beber pra saber o que é que a gente ia fazer então, de tudo o que vocês acharam assim negativa a vocês estavam falando aqui eu estava assim relembando, rememorando e pra mim foi uma das coisas mais positivas, não existe nada que você faça que você não tenha que ter um tempo pra você se dedicar aquilo por que se assim não fosse, a coisa ia passar assim de uma forma muito pincelada. Isso fez com que a gente parasse pra refletir pra discutir equipe, pra ver, pra melhorar, e pra crescer. Só se cresce assim” (RFA-Médica)

O **processo de construção dos Trabalhos de Conclusão do Curso (TCC)** culminou com a realização de uma “Mostra de Conclusão do Curso”, onde 78 alunos, dos 84 concluintes, apresentaram seus trabalhos em forma de painéis ou através de apresentações orais. As temáticas dos TCCs se pautaram em problemas relacionados às atividades de trabalho ou a questões relacionadas à organização do trabalho, para que além de servirem para o desenvolvimento da capacidade de formulação dos alunos, servissem de estímulo à reorganização de suas práticas.

“Considerando que este curso de especialização teve como clientela alvo profissionais já inseridos num processo de trabalho concreto, optou-se para que os trabalhos de Conclusão de Curso tivessem como característica um trabalho de intervenção a ser construído tomando por base um problema identificado em sua área de abrangência” (Relatório Final do Curso p: 26).

A **avaliação dos alunos** se deu através dos produtos construídos na prática em cada módulo, através do TCC e, ainda, pela apresentação dos trabalhos na “Mostra Final do Curso”, durante a qual os trabalhos foram apresentados. Vale dizer que, em alguns aspectos, a avaliação discente aconteceu de forma diversa à apresentada no projeto inicial:

“A avaliação dos alunos-trabalhadores será realizada a cada módulo, mediante utilização de documentos e instrumentos adequados à avaliação cognitiva (relatórios, planos de ação, análise de situações e outros instrumentos a serem construídos no processo) com a perspectiva de dimensionar/estimular a capacidade de criação, proposição, expressão oral e/ou escrita, adequação, coerência entre outros aspectos. Para medir desempenho, habilidades operacionais, serão utilizados instrumentos de supervisão em campo e dados relativos à implantação e produção de serviços e finalmente para avaliação de aspectos atitudinais/afetivos além da observação dirigida poderá se utilizar de inquéritos, entrevistas ou grupos focais” (Projeto do Curso)

No Relatório Final, de certa forma, este aspecto relativo às mudanças no processo de avaliação é justificado pelas ocorrências no processo de supervisão e acompanhamento dos alunos:

“A experiência da Supervisão no CESF foi, sem dúvida, enriquecedora e até certo ponto desafiadora, visto que o processo de supervisão necessitava de uma metodologia definida, mas que só pôde ser construída na medida em que o curso avançava. (...) Vale também ressaltar que a interação entre supervisores e alunos trouxe a os tutores, ganhos significativos tanto na esfera profissional quanto na pessoal, na medida em que a aproximação se deu com o intuito de buscar soluções para os problemas surgidos durante o próprio processo de acompanhamento no qual ao tempo em que se construía a estratégia de acompanhamento, aprendia-se conjuntamente” (Relatório Final do Curso p:29-30).

Com o objetivo de avaliar os efeitos do processo de qualificação sobre a prática dos alunos-trabalhadores, logo no início do curso, segundo o seu relatório, foi realizado um levantamento das práticas mais comumente desenvolvidas pelos alunos-trabalhadores.

Segundo o relatório do curso, 80% das atividades desses trabalhadores, estavam relacionadas com ações assistenciais de cunho individual. Atividades relacionadas à promoção da saúde e ao controle social quase não eram desenvolvidas, ou se limitavam a trabalhos preventivos, sendo a palestra e a sala de espera as estratégias pedagógicas mais utilizadas, com uma pedagogia mais tradicional. Durante o desenvolvimento do curso, observou-se uma mudança qualitativa nas atitudes e tecnologias utilizadas pelos alunos.

*“sou do PSF aqui de Salvador, é no início que eu comecei esse curso, eu senti muita dificuldade, várias vezes eu pensei em deixar, porque é um campo que eu nunca, nunca fiz, nunca pratiquei, **sempre fui pediatra, sempre dentro de consultório**, eu gostava de lidar com a comunidade, mas nunca tive a oportunidade de estar nela, quando começou o curso, eu me sentia totalmente fora, do mundo, eu senti muita dificuldade, pensei em realmente deixar, mas aí eu disse: Eu não vou deixar, chegou pra mim, eu gosto da comunidade mas não sei lidar, então eu vou aprender agora, inclusive eu já estava trabalhando mas, com muita dificuldade entendeu?. E aí, na medida que eu ia aprendendo no curso, vendo as coisas no curso, eu comecei aplicar na área e lentamente eu fui modificando a minha posição, inclusive diante da comunidade que eu tinha muitas dificuldades realmente, de lidar com a comunidade, de fazer aquelas palestras, de fazer reunião com o pessoal, de conversar, de discutir, eu tinha muita dificuldade, eu era muito presa e sentia vergonha. Então aos pouquinhos eu senti aqui pelo curso, já que eu tinha que fazer, fui entrando na coisa e fui fazendo devagar, e aí, as coisa foram acontecendo, então, hoje que eu chego **ao fim desse curso, eu acho que valeu e como valeu! Porque além de eu aprender muito, eu comecei a lidar melhor com a comunidade, hoje eu já tenho vínculo com a comunidade, sinto já com facilidade pra lidar com eles e eu acho, hoje vejo muitas mudanças, dentro do próprio trabalho que fiz, já dá pra me observar mudanças positivas, então pra mim foi muito bom e eu só tenho o que agradecer, a tudo o que conseguir, obrigada!”** (RFA).*

Durante e ao final do curso, foi feito um levantamento das atividades que os médicos e enfermeiros alunos do curso realizavam com o objetivo de verificar se, durante o curso ou a partir deste, houve incorporação ou implementação de alguma ação ou atividade que pudesse indicar possibilidades de mudanças na prática desses profissionais. A partir de uma análise comparativa das respostas dos sujeitos a um mesmo instrumento (anexo I b) aplicado em três momentos distintos (no início, durante o curso e três anos após), observamos a incorporação de algumas ações ou atividades, as quais sintetizamos no quadro que se segue:

Quadro III – Quadro analítico de atividades realizadas/incorporadas por médico (a) e enfermeiro(a) egressos do curso, apontando evidências relacionadas

Tipo de Ação / Atividades	Médico	Enfermeiro
I – Ações educativas voltadas para Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde de pessoas, famílias e grupos.	<p>Após o curso passou a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - realizar reuniões educativas em escolas, e creches de sua área de abrangência; - divulgar, porém, não sistematicamente dados e informações sobre o estado de saúde da população. - divulgar informações e orientar, pais e responsáveis sobre prevenção de acidentes por agravos externos e violências, prioritariamente na infância e adolescência. 	<p>Antes do curso não divulgava dados relativos ao estado de saúde da população, durante e após o curso passou a realizar. (o curso trabalhou nesta perspectiva);</p> <p>Não realizava e continuou a não realizar nenhuma atividade educativa ou de orientação visando à redução da morbimortalidade por acidentes e doenças do trabalho. (o curso não trabalhou este conteúdo)</p>
II – Atividades educativas para promoção da saúde, estímulo ao controle social e defesa da qualidade de vida.	<p>Após o curso passou a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - estimular a participação da comunidade para Formação do Conselho Local (ainda em processo de formação) - buscar, de forma incipiente, integração com outras áreas e serviços para melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde; - desenvolver algum tipo de parceria ou articulação com a sociedade e organizações da área de abrangência visando controle de qualidade do meio ambiente. 	<p>Após o curso passou a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - realizar atividades de comunicação e educação visando maior participação dos usuários ou da população; - desenvolver algum tipo de parceria ou articulação com a sociedade e organizações da área de abrangência visando controle de qualidade do meio ambiente. <p>Não participa de reuniões do C M S e na sua área o CL ainda esta em processo de formação. No curso houve estímulo a esse tipo de participação.</p>
III – Ações de apoio ou relacionadas á Vigilância Sanitária e Ambiental	<p>Sinaliza que após o curso passou a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - realizar intervenções, através de atividades educativas, no sentido de evitar acúmulo de lixo, de águas servidas e de depósitos destampados; - desenvolver atividades educativas voltadas para o controle de insetos ratos, cachorros e outros animais que se caracterizam como vetores ou reservatórios de doenças; - desenvolver ações no sentido de identifica grupos de risco para acompanhamento diferenciado, com utilização de cadastro e outros instrumentos; <p><i>Não realiza coletas de amostra de água e outros produtos sujeitos a vigilância sanitária porque essas atividades não foram incorporados à organização do trabalho na unidade.</i></p>	<p>Atividades que foram incorporadas durante o curso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - incentivo, através de atividades educativas, no sentido de evitar acúmulo de lixo, de águas servidas e de depósitos destampados; - atividades educativas voltadas para o controle de insetos ratos, cachorros e outros animais que se caracterizam como vetores ou reservatórios de doenças; - identificação grupos de risco para acompanhamento diferenciado; - busca parcerias com outros órgãos públicos para interferir nos fatores que comprometem a qualidade da água daquela área de abrangência.
IV – Ações de apoio ou relacionadas á Vigilância Epidemiológica	<p>Realiza todas as atividades, inerentes a atenção básica, exceto a identificação e coleta de material para envio a laboratórios apropriados.</p>	<p>Passou a identificar fatores ambientais, alimentares e outros que possam ter provocado ou contribuído para o aparecimento de algum agravo.</p>

Quadro III - Quadro analítico de atividades realizadas/incorporadas por médico (a) e enfermeiro(a) egressos do curso, apontando evidências relacionadas (continuação)

Tipo de Ação / Atividades	Médico	Enfermeiro
V - Atendimento às pequenas Urgências e Pronto-Atendimento	Realiza a maioria dos atendimentos de pequenas urgências (crise hipertensiva, crise asmática, pequenas queimaduras, pequenas dores; supervisão de administração de medicamentos, vacinas e curativos; orienta terapia de reidratação oral) <i>Por falta de estrutura não realiza: retirada de corpos estranhos, pequenas suturas (falta material na unidade), pequenas intervenções cirurgias (abscessos).</i>	Já atendia e continua a atender: crise hipertensiva, crise asmática, pequenas queimaduras, pequenas dores; supervisão de administração de medicamentos, vacinas e curativos; orienta terapia de reidratação oral. Não realizava e continua a não realizar pequenas suturas e retirada de corpos estranhos. (atribuições do médico)
VI – Assistência individual e a grupos específicos	Realizava e continua a realizar todos os atendimentos previstos para atenção básica. Não faz o encaminhamento com garantia de atenção ao parto porque não há sistema de referência organizado.	Realiza a maioria dos atendimentos. Não faz o encaminhamento com garantia de atenção ao parto porque não há sistema de referência organizado. Não assiste nem orienta a possíveis portadores de doenças do trabalho.
VII - Gerenciamento da Unidade de Saúde da Família e da área de abrangência da ESF	Realiza quase todas as atividades previstas neste item, (já participou da comissão gerencial); Não consegue a garantia de referência para usuários. Não tem sistema de referência organizado; Após o curso passou a realizar a consolidação e análise mensal dos dados do SIAB em reuniões.	Não realiza programação/reprogramação a partir da análise das informações e resultados da unidade. Não acompanha a evolução dos indicadores e não identifica e descreve as características epidemiológica, sociais e demográficas de sua área. Não faz avaliação da qualidade ou resolutividade dos serviços prestados pela unidade. Não incentiva a participação de toda equipe no planejamento e avaliação das ações e atividades desenvolvidas. Os conteúdos e ferramentas para realização dessas atividades fizeram parte do curso.
VIII - Ações de Apoio à Atenção Básica - Interdisciplinares e Intersetoriais (realizadas em articulação com outros profissionais e/ou setores)	Excetuando-se as ações referentes a saúde bucal, realiza todas as outras ações de apoio.	Não desenvolve atividades de apoio as pessoas ou famílias em situação de violência, uso de drogas, sofrimento mental, tabagismo, alcoolismo etc. O curso trabalhou as questões relativas ao sofrimento mental.

A partir daqui, procuraremos apresentar algumas especificidades encontradas no trabalho do profissional médico e do profissional da enfermagem estudados. Inicialmente, faremos uma análise focando mais o trabalho da médica e em seguida focaremos o trabalho da enfermeira. Além do quadro acima, utilizaremos outras evidências identificadas nas falas dos profissionais e de outros sujeitos envolvidos no processo de trabalho desses profissionais.

Comparando-se com a avaliação das práticas realizadas com todos os alunos, logo no início do curso, e pelas respostas, podemos dizer que o curso contribuiu para incorporação ao

trabalho da médica de: as ações educativas voltadas para prevenção de doenças e promoção da saúde de pessoas, famílias e grupos; das atividades educativas para promoção da saúde, estímulo ao controle social e defesa da qualidade de vida e ainda de ações educativas relacionadas à Vigilância Sanitária e Ambiental. Enfim, observa-se que houve uma mudança na prática do profissional médico, no que se refere às diversas modalidades de ações educativas e de estímulo ao controle social e a promoção da saúde. Além desses aspectos identificados, a médica diz que também incorporou conhecimentos sobre política de saúde e talvez isto a tenha influenciado a estimular o controle social:

“foi a partir do curso é que realmente eu dedicava a estudar mais os problemas de saúde, mas essa parte de educação em saúde, políticas de saúde, como organizar serviço, planejar e tudo foi a partir do curso (...) na parte de educação em saúde, foi realmente o maior suporte, foi à parte de educação em saúde e comunicação também... acho que foi a preceptora ... foi a que mais tava perto da gente”(EMEC)

Podemos observar que, no final de sua fala, faz uma referência a uma das professoras do curso, a qual, em se fazendo mais presente, teria influenciado a incorporação de conhecimentos e práticas educativas. Isto é um indicativo da importância do papel do professor e do vínculo que estabelece com os alunos. Este aspecto, a nosso ver, está circunscrito à intersubjetividade e a um agir comunicativo, necessário a qualquer processo educativo. A condução dos conteúdos relativos a educação e comunicação parece ter contribuído para a médica ressignificar sua prática no que se refere às ações educativas.

“... é uma coisa nova, principalmente pra médicos, porque enfermagem ainda tem na faculdade, mas pra gente médico realmente não tem nenhuma matéria assim, nenhuma disciplina na faculdade e que realmente é uma inovação, eu fiquei fascinada...” (EMEC)

A fala acima, chama a atenção para outro aspecto que tem influenciado a prática médica: a formação. Hoje, o currículo pode até ter mudado, mas, há 22 anos, quando esta médica se formou, o currículo não contemplava conhecimentos que dessem suporte para realização de atividades educativas.

Voltando ao quadro, outros aspectos merecem destaque: o atendimento a pequenas urgências é desenvolvido através de várias ações, no entanto, suturas e retiradas de pequenos corpos estranhos não é realizado por falta de estrutura da unidade. No que se refere à assistência individual e a grupos específicos, todas as atividades relacionadas no instrumento são realizadas pela médica, exceto a questão de garantia de referência ao parto (isto está fora da governabilidade tanto da médica como da enfermeira e é um problema que se relaciona à falta de organização do sistema). No entanto, vale lembrar que só recentemente a SMS assumiu a gestão plena e, portanto, ainda está em processo de reorganização e estruturação do

sistema municipal de saúde. É interessante observar que, no que se refere às ações de gerenciamento da Unidade de Saúde da Família e da área de abrangência da ESF, a médica realiza quase todas as atividades previstas e faz questão de sinalizar que, após o curso, passou a consolidar e analisar mensalmente os dados do SIAB.

Os conhecimentos relativos ao SUS e a convivência com outras categorias durante o curso e no processo de trabalho contribuiu para uma melhor compreensão da lógica do SUS e, conseqüentemente, serviu como estímulo para realizar algumas inovações, as quais, ainda que não sejam suficientes para mudar o modelo de atenção, já são suficientes para influenciar alguns profissionais para resignificarem sua prática e ampliarem o conjunto de ações que realizam:

” me senti com mais conhecimentos, pra esta atuando na área do PSF (...) processo educativo que realmente eu tinha muito mais dificuldade é que realmente me ajudou bastante (...) naquela coisa que eu lhe disse das diferenças, de estar lhe dando com as diversas categorias eu acho que realmente isso ai facilitou bastante, essa coisa de estar me relacionando com os da classe de diferentes categorias (EMEC)

Na primeira fala abaixo, o aspecto educativo e da comunicação também são destacados por outra médica durante a reunião de avaliação final do curso e, na segunda fala, destaca-se a importância do curso para ampliar os conhecimentos e conferir maior segurança para o trabalho no PSF:

“ a novidade pra mim, de conhecimento técnico assim foi a parte de ... educação em saúde e principalmente a parte de comunicação, porque foi meu 1º contato assim foi com esse tema insistente pela forma de abordar, o que? , e foi assim bem rico, gostei contribuiu demais para o meu serviço” (RFA)

*“como ginecologista, eu precisava de alguma coisa a mais, eu precisava,desse algo que eu estava buscando... ir trabalhar com a comunidade. As dificuldade no início foi muita, eu acho que vocês notavam como eu ficava assim, atônita sem entender as coisas, eu queria que a profissão que eu vesti(...) trabalhando fazendo parte da ginecologia e eu fui pra outra área que eu não conhecia, mas eu sei que eu fui, aos poucos a coisa foi se modificando e eu fui me integrando mais ao grupo de trabalho, de apoio,(...) gosto de trabalhar com a comunidade e o curso me direcionou, eu acho que a partir daqui, com essas orientações todas do PSF muito boas, eu acho que de agora em diante **vou trabalhar com mais segurança...**” (RFA)*

Observando-se o quadro anteriormente apresentado, na prática do profissional enfermeiro muitas atividades foram incorporadas durante e após o curso. Comparando-se com o conjunto de respostas dos enfermeiros no início do curso, chama atenção a não realização de algumas atividades de planejamento, avaliação e gerenciamento. Interessante é perceber que este aspecto está presente nas referências da prática do profissional médico estudado. Apesar de não indicar atividades de incentivo ao controle social, tem estimulado a participação

popular na defesa da qualidade de vida e busca estabelecer parcerias com outros órgãos públicos para interferir nos fatores que comprometem a qualidade da água daquela área de abrangência. Quanto às atividades de atendimento individual, em sua maioria são realizadas pelos dois profissionais e ambos registraram a falta de garantia de referência para o parto, aspecto que, como já dissemos, não depende da vontade ou da ação direta desses profissionais.

Ao se referir ao curso, a enfermeira ressalta que os conteúdos das disciplinas, juntamente com as trocas de experiências que o curso proporciona, proporcionam maior segurança:

“ acho que cada curso que a gente faz, cada coisa que a gente faz, dá mais segurança, você se sente mais seguro. Porque o PACS, você não sabe o que é que é, o bolo não tá pronto, mas se você tiver a receita... vai mais fácil, a cada curso, se for um curso de longa duração então você ter oportunidade de discutir disciplina por disciplina, ouvir experiência de outros, então você se sente mais segura(...)a cada processo, a cada dia mesmo você tentando, usar o que você ouviu, ir encaixando ... acho que é a questão de segurança mesmo...” (EEEC)

A trajetória profissional, o acúmulo de experiências e os conhecimentos, entre outros, influenciam no perfil e nas práticas realizadas pelos profissionais. A fala de um dos membros da comissão gerencial da unidade sobre uma das médicas da unidade indica que o curso de especialização contribuiu para formação do perfil da médica em questão:

*“ A da equipe três é ótima porque ela tem uma formação boa que conheço, a gente, sempre se deu bem porque a gente sonha junto. Quando veio para formar o conselho local, que ninguém queria essa responsabilidade, a médica se envolveu, quando veio o projeto de acolhimento, ela era da comissão, quase que mataram ela porque ela acreditava naquilo e queria que aquilo acontecesse, teve que ser ditadora, teve que jogar aquilo porque as pessoas não queriam aquela responsabilidade. Às vezes a formação, parece que a comunidade fica num lado e outros ficam do outro, ela entende que isso não pode acontecer, essa médica, **ela tem experiência e contribui demais na unidade, a formação dela foi diferente, ela teve vivência em saúde pública, ela fez curso, ela trabalhou em outra unidade de saúde da família.** Do que eu conheço dela é porque ela já trabalhou em outra unidade de saúde da família, ela também já trabalha no Estado, tem vínculo com o Estado, ela participou de uma especialização em saúde da família, em saúde coletiva, ela conhece o sistema, entendeu?! Ela sabe o que é uma pesquisa, ela sabe da importância... quando ela recebe os estudantes às vezes as pessoas não valorizam agente, ter essa relação de ensino-aprendizagem, ela sabe da importância, para, que a gente tá contribuindo para a formação daquele aluno e de que eles também contribuem na unidade, entendeu?! Então é diferente. Ela não enxerga as coisas como um trabalho a mais, tem o outro olhar, **ela tem outra formação, outra trajetória, outra história (...)** Ela já falou muito que esse curso ajudou ela, que ela fez a pesquisa, ela, quando trabalhava na comissão todo o relatório ela fazia muito bem feito, ela tem embasamento no SUS, ela sempre, aqui, tudo o que tem novo que eu vejo portarias nova a gente sempre vai atrás, não fica longe do sistema, entendeu?! Ela sempre quer participar das coisas, contribui muito, tem uma ótima relação com os pacientes. Às vezes a gente se vê meio sozinha, assim, nessa coisa do SUS, as pessoas que gostam*

muito de criticar, não se colocam também como atores, né?! próximo do processo. ”
(MCGU)

Com base na análise das atividades e ações realizadas pela médica e pela enfermeira não é possível afirmar que o curso é determinante, muito menos suficiente para garantir mudanças no modelo de atenção. No entanto, observamos que algumas ações foram incorporadas às práticas durante e após o curso, e, apesar de outros conteúdos e práticas que foram abordados durante o curso não terem sido incorporados às suas atividades de trabalho, podemos dizer que influenciou e deu suporte para incorporação de novas ações e atividades. No caso da médica, associado a uma trajetória na Saúde Pública que já possuía, o curso contribuiu bastante, pelo menos para diferenciá-la da prática de outras médicas da unidade. Um dos membros da Comissão Gerencial, ao comentar sobre o trabalho médico, faz referências à médica que participou do curso e adiante comenta dos outros profissionais médicos da unidade:

“ mudou muito médico, foi o membro da equipe que teve maior rotatividade, o próprio médico mudou muito e assim teve muito médico sem compromisso, não só na carga horária, sem envolvimento com a parte educativa a médica da equipe X mesmo, falta muito, ela não cumpri horário ... ela não tem vínculo com a equipe, ela não participou de responder a AMQ, ela tem resistência de participar de grupo, ela não planeja com a equipe ... a enfermeira tá altamente sobrecarregada, ninguém nunca ficou responsável pela equipe sozinha, a gente sempre dividiu tudo, cada um tem jeito, gosta mais de uma coisa, vivencia mais uma coisa, a equipe um perdeu muito, a odontóloga e a enfermeira ficaram sobrecarregadas esse ano, ela (a médica) entrou com muito atestado, teve vários problemas. (...) Na equipe Y, S. é ótima, é uma ótima técnica, só precisa melhorar esse ao lado dela sobre o sistema, ela é muito crítica... ela fala assim “ah, não tô nem aí”, não valoriza nem o trabalho ... só falta uma visão melhor do sistema, das dificuldades, ela só faz criticar o sistema. A gente também critica, mas a gente também contribui. Parece que a Secretaria é uma coisa e a gente é outra coisa, e a gente faz parte da secretaria, de todo esse contexto. Ela precisa melhorar, ela precisa se olhar, eu acho também assim pela própria formação dela, ela é pediatra, veio de ... pediatra, só trabalhando em hospital, mas já melhorou muito, porque ela tem um compromisso, é uma pessoa que tem muito compromisso, tem paciência, tem muito compromisso com o paciente, depois a gente começou também a estimular a participação dela, tá melhorando muito. ” (MCGU)

Deste modo, ainda que o curso não seja determinante para garantir mudanças substanciais nas práticas, a ponto de podermos afirmar que houve uma mudança no modelo de atenção ou no processo de trabalho como um todo, podemos dizer que processos de qualificação são fundamentais para ajudar e fortalecer processos de mudanças do fazer e agir dos profissionais. O perfil de três profissionais médicos, traçados através de um dos entrevistados acima, mostra que o perfil da médica que participou do curso é diferenciado. Ainda que sua trajetória também seja diferenciada, acreditamos que o curso contribuiu para essa diferenciação do perfil.

Quanto ao perfil da enfermeira, na fala de outros membros da equipe, não foi possível relacionar sua prática com sua participação no curso. No entanto, fazem boas referências ao trabalho da enfermeira, ressaltando aspectos da atenção individual, de boas relações interpessoais e relacionados ao planejamento e organização do trabalho:

*“ ela coordena o trabalho de enfermagem num todo, faz **o planejamento mensal**, ela **atende o paciente marcado**, faz **preventivo**, tem o acolhimento também que é feito, é diário o acolhimento, tem uns pacientes marcados, chega um extra, ela vai atender esse extra, se o paciente chegou, com a patologia ou se queixando de algo ele não pode sair assim, ele precisa ser atendido como pessoa, ser respeitado, por isso que existe o acolhimento aqui diário (...) O trabalho de R. é melhor, aqui a gente tem mais ligação com a enfermaria sempre ta trocando, entendeu, a gente tem uma certa ligação, lógico, né?! uma afetividade, aqui é constante, é todos os dias, oito horas, é como se a gente tivesse numa casa da gente, assim, na segunda casa (...) a dedicação dela é demais com o paciente, é o cuidado (...) ela já sabe o número da maioria das famílias, da casa, os parentes do paciente, a história de toda a família, é um entrosamento, ela não esquece. Aí eu digo “meu Deus, tanta coisa na cabeça, que ela tem que organizar, porque enfermeira **organiza seus auxiliares, faz escala e tudo, o planejamento todo** (...) ela é uma boa enfermeira, uma boa pessoa e uma excelente profissional, **ela trabalha com humanização e saúde** (...) ela é muito procurada, uma boa profissional, se não fosse ninguém procurava. A Agente de saúde que teve neném agora fez o pré-natal com ela e eu estou fazendo o meu também com ela, se a gente achasse que não fosse uma boa profissional a gente não iria fazer jamais, né (AEE1)*

Cabe ressaltar que este estudo, pela sua metodologia, um estudo de caso, ou pelo instrumento utilizado (anexo 1b), pode não ter tido capacidade analítica suficiente para evidenciar as mudanças esperadas no âmbito do modelo de atenção. Por outro lado, processos de qualificação ou capacitação não são suficientes para, isoladamente, garantir mudanças nas práticas, já que existem outros fatores ou variáveis que vão interferir nessa possibilidade, como por exemplo, as questões relacionadas a estrutura organizacional do sistema e as condições de trabalho em geral.

A **avaliação do curso** propriamente dito aconteceu em dois momentos: as avaliações realizadas pelos alunos em cada módulo e a avaliação realizada por 6 supervisores que acompanharam todo o processo vivenciado pelos 84 alunos que concluíram o curso. Nos três meses que se seguiram ao término do curso, houve acompanhamento desses egressos e realização de uma oficina de avaliação ao final deste período.

A orientação a distância, via e-mail e, eventualmente, por contatos telefônicos foi uma inovação que contribuiu para inclusão dos alunos na tecnologia de informática e comunicação virtual a distância, mas foi apresentado pelos supervisores como um aspecto limitante pela *“dificuldade em estabelecer contato via e-mail com a maioria dos alunos ocasionando deficiências no monitoramento de alguns alunos durante a dispersão”* (Relatório de

Supervisão) e avaliado por alguns alunos como elemento que dificultou o desenvolvimento do curso:

“a questão do orientador ser só, poder ter contato de orientação com o orientador via e-mail, e isso, eu acho é uma questão que vocês poderiam avaliar no próximo curso e fez uma barreira nisso aí. Eu acho que o pensar de vocês era agilizar por a gente está no interior, mas acabou que ficou uma coisa engessada aí, não ficou muito legal, acho que se a gente tivesse mais tempo, tipo assim, para o curso que é, tivesse mais tempo de sentar com o orientador ...” (RFA).

“... Só não gostei do tal do computador, mas, de que é minha briga o tal do computador, no início que ficou aquela coisa de você mandar pra tutora para que ela, envie e-mail e tudo. Então eu achei que aquilo ali ficou...não funcionou muito, não foi legal, depois quando começou a ter a troca mais pessoal mesmo a coisa fluiu muito melhor.” (EEEC) (se refere ao processo de construção do TCC).

O desenvolvimento dos trabalhos e o próprio processo educativo, para além da estratégia de acompanhamento e orientação a distância, que apresentou dificuldades, foram acompanhados pelos supervisores/tutores de cada turma, através de encontros presenciais, com os alunos a cada mês durante os Momentos de Interação Pedagógica. Este acompanhamento foi realizado em articulação com os docentes, seja de forma presencial e/ou a distância, com monitoramento através de instrumentos como o Registro de Produtos Parciais de Construção do Trabalho de Conclusão do Curso; Avaliação de Incorporação de Práticas no Processo de Trabalho e de reuniões interativas entre estes e seus alunos.

A intenção de conferir direcionalidade técnica e política ao processo educativo pode ser identificada em alguns fragmentos da justificativa contida no projeto do curso:

“O grande avanço existente na legislação vigente do setor saúde, necessariamente, precisa reverter-se em efetivas melhorias do Quadro sanitário do País, cujo modelo assistencial tradicional caracteriza-se por ser espoliativo, centralizador e aético (...). Faz-se necessária a implantação de um novo modelo de atenção à saúde, fundamentado em uma nova ética setorial, que rompa com os tradicionais alicerces das atuais organizações de prestação de serviços. No processo de construção de novos modelos assistenciais, deve-se observar a plena sincronia com os princípios da universalidade, equidade e integralidade das ações, colocando-se as práticas de saúde a serviço da defesa da vida do cidadão (...) Não se pode conceber a organização de sistemas de saúde que conduza à realização de novas práticas assistenciais possibilitadoras, inclusive, da compreensão e apreensão de distintas realidades sanitárias, sem, concomitantemente, investir-se na formação e permanente capacitação de recursos humanos (...). Considerando que a formação de médicos e enfermeiros, que hoje atuam ou que irão atuar nas equipes, não contempla, suficientemente, algumas competências necessárias ao bom desempenho desses profissionais, no âmbito da estratégia Saúde da Família, necessário se faz um investimento na formação de novas competências a serem incorporadas ao perfil profissional dessas categorias básicas para a estratégia de Saúde da Família.” (Projeto do Curso).

Essa tentativa de conferir direcionalidade ao curso também fica evidenciada durante a reunião final de avaliação e na fala da médica quando diz:

*“na medida que você conhece mais o SUS, acho que realmente, **foi o curso que deu pra você conhecer o SUS**, teve um estímulo pra tá estudando, conhecer mesmo, ler, então à medida que você conhece o SUS você realmente tendo esse conhecimento faz com que você bote o que tem que você não conhecia pra funcionar...” (EMEC)*

“com certeza contribuiu muito comigo, no meu pensar, no meu repensar, nas minhas práticas do dia a dia, não só comigo, mas esse toque foi também na minha equipe como um todo” (RFA)

O curso produziu algumas mudanças no comportamento e na prática de alguns alunos, melhorou a relação com os outros, tornando pelo menos um profissional menos autoritário, na medida em que aprendeu a falar menos e ouvir mais, mudança, que segundo uma das médicas em depoimento na reunião final de avaliação, foi percebida pelos colegas de equipe.

“pra mim de mais importante, é que eu pude diminuir um pouquinho a minha forma de ser totalitária porque eu sou muito rigorosa comigo, com os outros, quero que os outros... por isso na equipe, a gente já notou na avaliação que a gente faz, a gente resgatou isso, os colegas levantam que eu tô menos autoritária ... que eu tô ouvindo mais, eu ouço mais.. Isso foi mais importante, eu aprendi a ouvir mais, hoje eu ouço mais do que falo, pra mim isso foi o mais importante daqui, e pude contribuir com isso na minha equipe, na minha vida pessoal também “ (RFA-médica)

A forma de organização e desenvolvimento do curso parece ter contribuído para mudanças de comportamento, melhorando, inclusive, aspectos mais subjetivos, como a questão da timidez. Favoreceu a comunicação e o estabelecimento de vínculo do profissional com a comunidade:

*“na medida que eu ia aprendendo no curso, vendo as coisas, eu comecei aplicar na área e lentamente fui modificando a minha posição, inclusive eu tinha muitas dificuldades de lidar com a comunidade, de fazer aquelas palestras, de fazer reunião com o pessoal, de conversar, de discutir, eu era muito presa e sentia vergonha, aos pouquinhos eu senti que eu tinha que fazer, eu fui entrando na coisa e fui fazendo devagar, e aí, as coisas foram acontecendo. Hoje que eu chego ao fim desse curso, acho que valeu e como valeu, porque **além de eu aprender muito, eu comecei a lidar melhor com a comunidade, hoje eu já tenho vínculo com a comunidade, sinto facilidade pra lidar com eles. Hoje eu vejo muitas mudanças, dentro do próprio trabalho que fiz, já dá pra eu observar mudanças positivas” (RFA - médica).***

Além de ter contribuído para mudanças na compreensão, no comportamento e na forma de agir de parte dos alunos, o curso possibilitou à equipe de condução refletir sobre o gerenciamento de processos educativos. Na avaliação final, alguns depoimentos de supervisores e coordenadores do curso apontam essa possibilidade:

*“A gente foi aprendendo fazendo, erramos algumas vezes sim, conseguimos acertar outras tantas também, mas foi um crescimento para todos nós, não só em termos de organização e coordenação, mas em termos de **lhe dá com o outro, de está trabalhando com supervisão, de está lhe dando com essa coisa de orientação a distância, também senti essa falta que R. falou de algumas pessoas, as que ligaram, as que procuraram, a gente pode também exercitar essa coisa, também foi interessante pra gente crescer,***

aprender a fazer essa forma bonita e acho que vocês foram fundamentais nesse crescimento nosso” (L- Supervisor)

A fala acima demonstra que a comunicação e interação permearam o processo de organização e coordenação do curso bem como o acompanhamento e supervisão dos alunos. Estes, no “trabalho vivo”, no próprio ato de organizar, coordenar, acompanhar e orientar, aprenderam no trabalhar com o outro, coletivamente fazendo, construindo ao realizar e interagindo com os sujeitos implicados nesse processo. Abaixo, um dos membros da coordenação destaca a importância do trabalho em equipe e, da troca de experiência entre coordenadores, supervisores e os próprios alunos e caracteriza o curso como uma atividade gratificante:

“trabalhei na coordenação, tive algumas outras inserções, como docente, como orientadora e eu gostaria de colocar que, o curso, apesar do momento de vida bastante difícil, e também estava estudando, acho que reflete o momento de todo mundo, o curso foi uma atividade muito gratificante, não só pela troca de experiência, ajudou, foi sempre uma soma, e também pela experiência do trabalho em equipe que nós tivemos. Achei que no final nós trabalhamos como uma equipe, não só com coordenação, parte de supervisão, mas com vocês também, acabamos somando e por isso nos conseguimos chegar” (G-membro da coordenação)

A heterogeneidade da equipe de condução e as subjetividades e as diferenças entre as pessoas foram apontados como aspectos que favorecem a complementaridade e as trocas. A diversidade de perfis da equipe coordenadora do curso foi destacada por uma das supervisoras como um aspecto positivo:

“Esse tipo de processo me convence e me diz que são as pessoas que fazem as coisas, as pessoas com sua subjetividade, as pessoas na sua heterogeneidade, pelas nossas diferenças que nós nos complementamos se fossemos todos iguais, seríamos todos chatos e não teríamos o que dizer um para o outro, não teríamos trocas, não teríamos compartilhamento, então é muito boa essa heterogeneidade, é muito bom um light, um estressado, um agoniado, um autoritário, é muito bom certo” (T-Supervisora)

Noutro depoimento, o curso é apontado como experiência ímpar devido ao caráter coletivo de sua condução e pelas possibilidades de aprendizagem. A complexidade estrutural e da composição da clientela do curso foi apontada como um aspecto inovador e, finalmente, credita parte do sucesso do curso à diversidade da equipe de condução (coordenadores e supervisores), por ter envolvido docentes e orientadores oriundos da academia, mas também aqueles oriundos dos serviços de saúde:

“eu já tinha outras experiências de gerência, de gestão, de coordenação, mas, acho que a experiência desse curso foi ímpar, porque era uma coordenação coletiva porque mesmo a gente tendo coordenação geral, de grupos e tal, a gente sempre atuou com uma grande coordenação, mesmo as vezes por e-mail, combina daqui, faz dali, e acho que isso sim, foi um aprendizado. Outra coisa que foi novo, foi essa coisa da gente fazer ao

mesmo tempo 3 turmas, envolvendo 39 municípios, médicos, enfermeiros e achamos poucos e colocamos os coordenadores de PSF, e, considerando as dificuldades da universidade na questão do espaço físico que a gente conseguiu superar e apesar dessas intercorrências, eu acho que não afetou a qualidade do curso, e outra coisa, a gente tentou o máximo possível, envolver gente da academia, pessoas do serviço, acho que foi um ganho, o sucesso do curso foi muito por essa heterogeneidade que a gente teve não só na condução da clientela e também dos docentes, dos orientadores...” (M-Membro Coordenação)

Provisoriamente, podemos afirmar que o processo educativo, vivenciado pelos sujeitos alvo deste estudo, teve uma direcionalidade técnica e política, numa perspectiva de total implicação com as possibilidades de mudanças no âmbito do SUS ou, mais especificamente, da Estratégia de Saúde da Família, bem como com aspectos do processo de trabalho dos participantes. No geral, obteve uma avaliação positiva, mas será que foi ou será determinante na mudança do modelo de atenção nos locais onde esses sujeitos trabalham?

c) Análise das relações entre a prática e o processo de gestão

O processo de trabalho das equipes de saúde da família no município estudado tem estreitas implicações com o atual processo de gestão da saúde a nível municipal bem como com as questões relacionadas à gerência do distrito sanitário do qual é parte e, ainda, com a forma de gerenciamento que se adotou a nível da unidade de saúde.

O desafio que o município vem enfrentando desde março de 2004, quando assumiu, tardiamente, a gestão plena da saúde, influencia diretamente no trabalho das equipes. Este desafio envolve uma permanente articulação das propostas para o alcance dos objetivos constantes no plano municipal (projeto de governo); que por sua vez devem estar relacionadas com as questões possíveis de serem controladas, bem como com as questões que não se consegue controlar no processo de governo e ainda há que se observar a capacidade de condução ou direção do governo, a força que têm diante das resistências e obstáculos existentes na realidade política e social. Essa necessária articulação, associada à diversidade de problemas e dificuldades a serem enfrentadas, evidencia que a capacidade de gerir um sistema de saúde, ou mesmo uma política pública, como tem se apresentado a estratégia Saúde da Família, envolve não apenas a capacidade do gestor e sua equipe de conduzir e dirigir o sistema ou o conjunto de ações e serviços de saúde, envolve o poder que o gestor terá para realizar o projeto frente às resistências políticas, técnicas e sociais que este projeto enfrentará. Isto demanda a definição de uma agenda com propostas claras para o

enfrentamento dos problemas já existentes e uma flexibilidade para enfrentar também aqueles que surgirem no processo, no próprio ato de governar.

Dentro dessa dinâmica, a atual gestão municipal adotou a estratégia de Saúde da Família como prioridade. Isto é colocado pelo gestor, quando afirma que, para outros setores da gestão municipal, também existe esta clareza. Percebe-se na fala de outros atores da gestão a vontade de que esta estratégia se constitua numa força dinamizadora de mudanças na reorganização do “modelo de atenção:

“O secretário da Fazenda comentou: “na outra secretaria eu não sei qual a política, da saúde eu sei qual é a política, gestão plena e PSF”, pra mim isso tá muito claro, eles estão convencidos, eu não tenho nenhuma dúvida.” (GM)

“ a gente pensa o programa de saúde da família como realmente uma forma da gente está reorganizando a atenção básica, e está realmente nessa perspectiva de mudança desse modelo de atenção. Particularmente acredito muito no PSF, tem muita coisa ainda pra fazer, pra que realmente ele funcione nessa perspectiva, mas eu acho que é uma estratégia fundamental, hoje ele não é um programa, é uma estratégia fundamental nessa questão da mudança do modelo de atenção, por conta disso é que agente briga tanto pra que seja expandido o PSF” (MEG 1).

Para outros, também existe esta clareza quando afirmam que a questão da decisão política não é problema para o PSF, que é tomado como uma estratégia de reorganização da atenção básica. No entanto, ainda que seja uma proposta prioritária, o PSF enfrenta em seu bojo outros problemas de ordem organizacional ou operacional

“ para nós a gente entende que é fundamental, a questão da estratégia. Primeiro que você vai mudar a lógica de organização, você vai possibilitar reflexão dos profissionais para uma nova fórmula de fazer, os processos de cuidado, de atenção, de envolvimento com a comunidade. A gestão entende como um núcleo central dessa organização. Tudo está em torno dessa estratégia(...) hoje a gente entende que a questão política de decisão enquanto gestão não é uma dificuldade até porque, a gestão municipal entende a estratégia como estratégia de reorganização da atenção básica, isso também não é um problema, tem problemas de outras ordens, a questão financeira, a inexistência de uma rede de referência e contra-referência que garanta a acessibilidade...de você não vai conseguir isso em cinco, dez anos, desconstruir e construir uma nova realidade, tem que ser muito paciente e às vezes a gente não consegue no dia-a-dia cultivar essa paciência é meio que desesperador às vezes. ” (MEG 2)

Considerando que a gestão plena municipal pode ser considerada ainda incipiente, é natural que enfrente problemas de organização do sistema, como a rede de referência, por exemplo, mas não podemos negar que isto afeta diretamente o trabalho das equipes e o nível de satisfação dos usuários.

“Não tem sistema de referência nenhum e, isso com certeza, deixa você solta, você faz um encaminhamento, você dá orientação que a pessoa precisa procurar aquele outro serviço, para resolver aquele outro problema que a unidade não tem mais o que fazer, a pessoa não consegue fazer, por conta de que o serviço lá fora não é organizado, a gente

tem um serviço de cardiologia que é bom, quando eles conseguem acolher resolve, como a demanda já tá muito grande, o agendamento muito pra frente, isso dá uma insatisfação pras pessoas e como eles estão com muita gente, que é quem está lá hoje fala: porque só tá me atendendo de oito em oito meses, duas vezes no ano, as pessoas já não estão mais tão satisfeitas por conta dessa demanda, não que o serviço não seja bom, o serviço é bom, mas eles têm uma demanda muito grande eles não conseguindo dá mais conta.” (EE3)

Outro problema, de ordem geral, que afeta não só a governabilidade do sistema como também a micropolítica do trabalho, é o financiamento das ações e serviços de saúde, que deveria ser compartilhado pelas três esferas de governo, mas que acaba pesando mais no orçamento municipal e isto afeta diretamente o bom desenvolvimento do trabalho das equipes, como reconhece o próprio gestor. Este tenta utilizar outros mecanismos para minimizar este problema, o que tem sido motivo de desgaste.

“o problema maior hoje tem sido exatamente a irregularidade no pagamento pra empresa que terceiriza o PSF em Salvador que por sua vez deixa de pagar o salário aos profissionais, ou atrasa. Hoje mesmo, deveria ter sido pago, no quinto dia útil do mês, que seria dia seis, temos nove dias de atraso, amanhã já tem assembleia convocada pelo sindicato, enfim, isso tem sido muito desgastante(...) o programa atual da família é muito caro, se você comparar relativamente aos demais programas da secretaria municipal de saúde uma parte desses custos é coberta com recursos, transferências federais, mas chega no máximo a 30% porque 70% são recursos municipais. A prefeitura de Salvador tem passado por dificuldades muito grandes nessa área financeira, nós não recebemos absolutamente nada de incentivo estadual para PSF, nem pra nada na verdade, nem SAMU, pra coisas que no compromisso pactuado não tem sido repassado, a Secretaria não tem recebido. Por outro lado nós temos, de certo modo, compensado isso porque nós temos também convênio com a SESAB para reembolsar a gratificação que eles pagam pra os servidores lá também não tão pagando, ainda assim eles ficam nos devendo, de certo modo a gente faz um equilíbrio(...) a questão dos custos, realmente, está difícil a gente alcançar uma cobertura na ordem de 70, 75% da população, mas cerca de 20%, 19% de PACS, a gente, sem essa cobertura, já gastou cerca de 60 milhões no ano, tirando a gestão plena, média e alta complexidade dos prestadores, representa 25% do nosso orçamento total, recursos federais e recursos municipais, compreendendo que ainda tem medicamentos, ainda tem toda parte de vigilância enfim...” (GM)

As dificuldades de financiamento, além de determinarem o atraso no pagamento dos trabalhadores, afetam diretamente as condições e as relações de trabalho, visto que o abastecimento, a falta de insumos tem sido uma constante, e que, apesar de ser reconhecido como problema, a própria coordenação, reconhece que afeta diretamente o processo de trabalho das equipes, mas, sinaliza sua falta de governabilidade para encaminhar solução dizendo que o

“ suprimento de material, por exemplo é problema, a gente sabe que teve uma deficiência, que existe um déficit de abastecimento, a gente tem conhecimento, infelizmente não está na alçada da coordenação do PSF, a gente, não cabe essa provisão e essa manutenção, agora, assim que nós temos conhecimentos a gente busca quem é de direito, mesmo não sendo diretamente nossa responsabilidade, agente entende

que a gente também tem que, tentar com essas pessoas que são responsáveis, tentar discutir, partilhar. Claro, que cria a solução de continuidade e aí é um problema, então a gente senta, por exemplo, faltou medicamento aí a farmacêutica o que foi que aconteceu para poder até depois passar para os distritos o que foi que aconteceu para poder passar para a unidade para eles terem conhecimento de que na verdade foi um processo, faltou material, a depender da possibilidade ver como é que a gente pode organizar isso, e dá uma satisfação, um retorno pra o distrito e pra unidade também para eles terem conhecimento do que foi que aconteceu, a gente é sensível, a gente entende que é muito ruim. Você organizar o serviço, se programar para e na hora que é para executar, não tem luva, não tem espátula, é um problema que a gente vem enfrentando com muita dificuldade, não é fácil, foge a nossa governabilidade, infelizmente mas a gente é sensível e busca, cobra ... ”(MEG 2)

E sem uma solução imediata, questões infra-estruturais não só causam solução de continuidade nos cuidados prestados à população, como têm se configurado num dos motivos de conflito entre a equipe gestora e os trabalhadores, como sinalizam os profissionais ao falarem de aspectos que não gostam no trabalho no PSF:

“ a falta de material, a falta dessas coisas que você quer ir não pode ir porque não depende de você, isso me incomoda muito, curativo que a gente nunca consegue passar o mês todo fazendo curativo, me incomoda extremamente porque é uma coisa simples e você não pode fazer um curativo porque não tem material , e o paciente que ta controladinho, daí a pouco você vê descontrolando ficando tudo perdido porque faltou medicação, e ele as vezes não tem mesmo dinheiro pra comprar, “bota de uso” que a gente estava tendo resultado excelentes, paciente com a perna de 20 anos com ulcera fechando ai falta, ai ó tudo buraco a baixo de volta tudo ... “ (EEEC)

“...tem essa questão, dessa falta de insumos, de infra-estrutura (...) ultimamente ta atrasando salário direto, então é essa coisa assim, por exemplo, o que a gente soube foi que a coordenadora do PSF diz que o.que só ta faltando é interesse que são descompromissados que não atinge nenhuma meta, então é esse tipo de coisa assim...quando vai reivindicar pagamento de salário em dia ... ai chega e ouve essa resposta (...) não é realidade, porque vai marca uma reunião com eles, com o secretário ai vai tipo a coordenadora do PSF ai quando chega lá foi o que o presidente do SINDMED colocou, disse que ela colocou, que ta pagando em dia e que ta faltando é cumprimento do horário, que todo mundo é descompromissado e não sei o que...”(EMEC)

A despeito dessa contradição identificada acima pelo profissional médico, o próprio gestor identifica que a escassez dos insumos, aliada a um conjunto de problemas encadeados, dificultam ainda mais o complexo processo de gestão

*“ insumos, esse é o outro problema que já foi muito mais grave (...)mas há o problema daqueles insumos de material de limpeza, material de expediente(...) essa dificuldade é muito complexa, **a minha imagem é a seguinte, o abastecimento das unidades dependem de uma cadeia de elementos e nós temos problemas em todos os elos da cadeia**, começa no planejamento das compras, qual é o consumo de materiais de uma unidade? nunca houve um planejamento e como o abastecimento sempre foi irregular, até hoje a gente não consegue ter uma base de qual é o consumo médio mensal de cada unidade de saúde, pra que a própria unidade possa planejar, quanto é que ela precisa, temos cometido erros freqüentes no planejamento das compras, uma outra dificuldade é o processo de compras em si, porque a situação financeira é difícil, ocorre muito a*

licitações desertas, não aparece nenhum concorrente, isso é freqüente, ou então ocorrem licitações em que as empresas se apresentam, dizem que tem o produto e concorrem, e as vezes a qualidade do produto não atende e a gente tem que cancelar. As vezes ganham não entregam, enfim, tem uma série de dificuldades nesse processo de compras também. Nós temos ainda um outro elo da cadeia, que é o processo de armazenamento, de logística de distribuição, começa desde as unidades de saúde, que muitas vezes não sabem preencher corretamente a requisição de material”(GM)

Associado ao problema financeiro, existe o problema gerencial, a questão da qualificação de parte da equipe gestora e dos próprios trabalhadores que muitas vezes não fazem a previsão ou solicitação adequada de material. Mas a complexidade da questão é bem maior, envolve também a questão da prescrição, distribuição e controle dos medicamentos. O seguinte depoimento nos dá uma dimensão das dificuldades enfrentadas:

*“Ontem, fui num Centro de Saúde e quando cheguei na farmácia, estava faltando alguns medicamentos que eu sabia, tinham no almoxarifado, e aí: “Porque é que não tem aqui?” a farmacêutica reclamou: “Ah, é porque não tem tal remédio” mas tem no almoxarifado, e aí simplesmente ela não pediu então o almoxarifado não liberou. **Tem problemas aí na própria qualificação desses profissionais, mas tem problemas também na logística de controle, em todos os lugares, agora mesmo, hoje, a coordenadora – farmacêutica veio me dizer do medicamento pra asma e rinite, que nós estamos distribuindo o medicamento que custa cerca de R\$ 26,00, um medicamento caro, e nós descobrimos que os pacientes estão revendendo, o próprio paciente, quer dizer, a situação de pobreza esta tão grande, que o próprio paciente que tem asma, eles pegam dois frasquinhos, ficam com um, o outro, ele vende pra ter algum dinheiro, sem falar de coisas que nós já encontramos como, medicamentos do município sendo vendido em farmácias particulares, já encontramos medicamentos sendo vendido em feira , já identificamos, por exemplo, de onde saíram de uma unidade do lado da A. nesse caso, tem o processo de sindicância interna e tem um processo na polícia pra apurar, enfim, é um processo que nós tivemos que fazer muitas reformas em farmácias dessas unidades que há também, **médicos que prescrevem em quantidades muito grandes, e funcionários que pedem prescrição pra o médico, nós temos problema em todos os elos da cadeia, do planejamento da compra, até o processo de dispensação, até uma regulação a nível de unidade, vamos dizer assim, a regulação desde o almoxarifado até a regulação dentro da unidade, sem o gerente muito competentes, dedicados, comprometidos que fiquem na unidade, a ponta fica sem controle”** (GM)***

As falas, anteriormente registradas, embora nos dêem a impressão de um problema sem solução, noutra momento, o próprio gestor indica que tem havido melhoras dessa complexa situação

“ eu acho que nós melhoramos bastante ao longo desse ano, até porque aumentamos muito o volume de compras de 2004 pra 2005, nós praticamente dobramos o valor de compras. Agora, ainda temos problemas por conta dessa e mais recentemente com essa situação de crise financeira do município passamos a dever a alguns fornecedores que aí pararam de entregar alguns produtos...” (GM)

Problemas relacionados à estrutura social de nossa sociedade, como o problema da pobreza que condiciona o desvio de medicamentos por parte de alguns usuários, e a violência que atinge as grandes metrópoles, também dificultam o gerenciamento das unidades de saúde.

“Temos várias unidades de PSF em que são assaltadas freqüentemente, ainda hoje houve uma assembléia, uma reunião com a comunidade do R. S. porque há dois dias a unidade está sendo ameaçada por marginais, que vai ser assaltada, a unidade só funciona com policiamento ostensivo permanente, quando o policial sai, a unidade não funciona. Isso não é caso isolado, são freqüentes os casos de assalto nas unidades, a comunidade, os profissionais vivem assustados ...” (GM)

Dialética ou contraditoriamente, é na parceria, criando espaços de interação e ação comunicativa com outros setores da sociedade, que se tenta encontrar a solução para o enfrentamento da violência:

“ temos enfrentado de duas formas: a primeira sempre buscando a participação da comunidade, nós fazemos, reunião com a comunidade, com as lideranças, tentando fazer uma certa proteção a unidade pela identificação dos profissionais com a própria comunidade, sempre insistimos muito nisso, não aceitamos nunca, que a unidade deixe atender; a segunda ação é junto com própria polícia, essas reuniões inclusive com a comunidade, a polícia também participa e a gente convida e pedimos policiamento ostensivo e, de modo geral, fica durante alguns meses, dois, três meses, e depois quando as ameaças param, quando o assalto que houve cai no esquecimento, aí o policiamento ostensivo, que a polícia diz que também que não pode continuar, que não tem um número de policiais suficiente então (articulações com outros setores) fica só nas situações de crise, são basicamente essas duas ações. Já fizemos alguns seminários sobre a questão da violência inclusive, discutimos, profissionais, as pessoas se expressam com muito medo de trabalhar nisso tudo, enfim, essa situação é muito complexa...” (GM)

As estratégias gerenciais, ou modalidades de gestão ou gerenciamento, podem ser solução para aumentar a governabilidade do sistema e implicar em mudanças no microespaço das unidades de saúde. Assim, em função de recompor parte da governabilidade, perdida na gestão anterior, a atual gestão tomou medidas que modificaram o acompanhamento das equipes. Segundo um dos profissionais médicos, isto deixa a desejar e não garante o suporte necessário para viabilizar as orientações e decisões necessárias para garantir o processo de trabalho:

“ tinha uma supervisora D. que hoje é médica de PSF, que dava um suporte da secretaria ... ela vinha aqui não era toda semana, participava freqüentemente das reuniões da equipe, das três equipes, qualquer problema de ordem administrativa, ela dava apoio. A coordenação atual PSF desde quando eu estou aqui, nem esta, nem outra, nem aqui veio e o Distrito eventualmente, um dia que o Coordenador do Distrito veio, mas, muito eventual, o suporte que eles dão para comissão gerencial, ou seja, o contato hoje da Secretaria tem sido mais com a comissão gerencial e mais por telefone, fora isso a comissão gerencial participa de uma reunião de serviço por mês, que é uma reunião onde tem só o gerente da unidade com Distrito. Faz falta, porque eu acho que é um apoio, já que não tem gerente, são três equipes na unidade vários profissionais, cada uma com suas demandas e realmente tinha que ter (...) agente liga pra o Distrito fala, conversa com alguém, com a sub-coordenadora do Distrito, normalmente é assim. (...) Como médica do PSF, acho que é insuficiente, deixa a desejar demais, a supervisão não existe, acabou, inclusive extinguiu o cargo...” (EMEC)

Noutra perspectiva, essa situação é apresentada pelo gestor, mostrando a existência de um sério problema de comando e de gestão com a forma com que a gestão passada estruturou a supervisão:

*“ a questão da supervisão é a seguinte: existia, (...) o PSF é terceirizado em Salvador, nós esperamos ainda esse ano contratar diretamente os agentes comunitários, isso já vai diminuir muito a terceirização, enfim, fazer convênio com entidades filantrópicas pra mudar a forma ... pra os demais profissionais, mas **existia nesse contrato a figura do supervisor, só que o problema era que, o supervisor ele era contratado pela empresa terceirizada**, e nós fizemos auditorias em cima desse contrato, e uma das coisas importantes da **gestão** do programa de saúde da família, ... **isso é um escândalo, isso é uma coisa indelegável, o gestor público não pode delegar a gestão, ele pode contratar**. O que nós temos hoje, é uma prestação de serviço, agora, o comando, a gerencia, a coordenação tem que ser feita pela Secretaria, então, **nós tiramos a figura do supervisor que era um funcionário da empresa tanto quanto o prestador de serviço**. E no lugar deles pusemos os gerentes das unidades,houve alguma perda em alguns lugares, na medida que nós tínhamos pessoas técnicas, que eram contratadas como supervisores, que tinham salários enfim, compatível com o programa de saúde da família, dos demais funcionários, porque eram bons técnicos, eram pessoas que faziam de fato um trabalho bom, o gerente não é terceirizado, é cargo de confiança, nomeado pelo prefeito, recebe o salário bem menor, muitas vezes, o gerente que substitui o supervisor não tinha, não tem a mesma qualificação que o supervisor tinha. **Isso pode ter representado uma perda, mas eu acredito que com um investimento na qualificação desses gerentes, que a gente esta tendo, esse problema venha a ser superado**” (GM)*

Acrescentou que a supervisão estaria sendo muito centralizada e que a intenção da atual gestão é retomar a gestão pública, tal como recomenda os princípios do SUS. Essa função de realizar a supervisão, passando para o distrito, teria sido uma estratégia, para, além de recuperar o comando público da gestão, descentralizar o acompanhamento das equipes para o Distrito Sanitário, como forma de fortalecer a política de descentralização da Secretaria. Completa dizendo que o supervisor da empresa terceirizada

“estava centralizando muito, então, que agora a idéia de que isso seja feito via Distrito Sanitário. Uma outra estratégia nossa, tem sido muito o fortalecimento da instância distrital, tanto que os gerentes, que substituem de certo modo os supervisores, eles estão subordinados ao coordenador do distrito, não ao nível central diretamente, isso é fato, eu acho que é correto” (GM)

Outros dados e observações, produzidos por residentes, através da aplicação do instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) indicam que a supervisão, tal como era realizada, parece não ter sido uma estratégia de acompanhamento e gerenciamento tão eficiente.

“ nós temos tido surpresas negativas com o PSF, porque existia uma certa imagem internamente aqui na Secretaria, que o PSF funciona muito bem, e agora, até com a ajuda dos residentes, a gente ta aplicando a AMQ e a semana que vem, inclusive será apresentado já pra os profissionais. Vão ser 02 profissionais de cada unidade de saúde da família, são 37 unidades, enfim, vão ser cerca de 80 pessoas, e pra o sindicato, pra

mostra a qualidade desse PSF. E se a supervisão tivesse funcionando tão bem quanto se imaginava, não estaria, acho, que não teria esse problema que nós temos, de completo desconhecimento do território, até de nenhum trabalho no território, ou seja, simplesmente reproduzindo consultas, imagina você o que tinha, encontrou unidades de PSF que tinham fila para marcação de consultas, quer dizer, um negócio absolutamente sem sentido... (GM)

Do ponto de vista da macro política da gestão, como podemos observar, existe uma justificativa para essa mudança na forma de acompanhamento das equipes mas, considerando o cenário da micropolítica do trabalho das equipes eles, parecem desconhecer essas justificativas. Para alguns, a falta da supervisão não chega a atrapalhar o desenvolvimento do trabalho, mas sinalizam que faz falta, na medida em que o distrito não tem atendido às expectativas.

“faz falta porque, no momento a gente até já se acostumou de não ter, mas inicialmente faz falta, no distrito a gente não tem uma pessoa, um técnico direcionado pra o PSF também, por exemplo, a gente tem um técnico direcionado pra vacina no distrito qualquer dúvida você vai e procura aquela pessoa, aquela pessoa te atende, mas pra o PSF a gente não tem esse técnico, aí você já sabe que não pode contar com ninguém, você vai fazendo, mas que faz falta faz, não, atrapalha o trabalho, acredito que não, mas faz falta, você ter alguém pra você se reportar.” (EE3)

Não existindo alguém de referência para encaminhamento de questões relativas ao PSF, fica a impressão de que não existe a supervisão das equipes por parte da equipe gestora e de que falta condução e avaliação do processo de trabalho. É o que aponta outro profissional, ao dizer que, atualmente, se sentem soltos, já que o acompanhamento

“ não existe, estamos soltos na buraqueira (...) a própria equipe que decide, acho essa questão de avaliação uma coisa boa, entendeu, não a título só de avaliar para, aquele tipo de cobrança, não, mas, para vê o que é que aconteceu, por que é que não aconteceu.” (EEEC)

A equipe gestora reconhece que este é um aspecto que precisa ser melhorado, mas demonstra conhecimento da estratégia adotada pela gestão, o fortalecimento dos distritos.

“ quando a gente faz as visitas às equipes se queixam muito dessa falta de acompanhamento, elas se sentem muito sozinhas, sem muita referência, talvez porque anteriormente tinha essa pessoa de referência... não sei como é que isso foi trabalhado com as equipes, eu sei do distrito, a nível de distrito com a coordenação aqui da secretaria ... pra fortalecer os distritos, então foi nesse sentido, e a gente entende que na verdade, a gente tem que fazer com que os sistemas locais de saúde eles de fato funcionem como gestores. Ter recurso humano capacitado para que faça, na verdade, é só mudar essa lógica que era muito centralizado... lógica da descentralização, de empoderamento mesmo.” (MEG 2)

Entre as questões que chamam a atenção, no processo de gerenciamento das equipes aparece a falta de comunicação da coordenação do PSF com os profissionais que atuam nas equipes. É mais uma questão percebida também pela equipe gestora, que se mostra aberta e

empenhada para, no processo, construir mecanismos que aproximem a coordenação das equipes, melhorando esta relação:

“ A gente não tem, ainda a criação de espaços que nos possibilitem essa relação mais próxima com as equipes, a gente está discutindo de que forma, por que também são cento e vinte e cinco equipes, não é muito fácil você agregar, de repente precisa de estratégias, de repente é, por distrito.. criar esses espaços, está mais próximo das equipes, ouvindo delas, né?! Então, a gente não tem esse espaço ainda de está mais próximo, essas questões, muitas vezes a gente passa pros distritos, às vezes para a gerência das unidades, mas nós enquanto coordenação ainda não conseguimos chegar tão próximo como gostaríamos... a gente quer vê se nesse seminário a gente começa até discutir com eles de que forma a gente pode criar mecanismos, por isso que o seminário ele não tem só a função de avaliar, mas também de discutir com eles as possibilidades de enfrentamento diante dessa situação que a gente tá vivenciando, experimentando. ”
(MEG 2)

Para um outro profissional, que, no momento, participa da comissão gerencial da unidade, existe uma boa relação com o distrito, mas a supervisão era mais próxima, ajudava a identificar os problemas, fazia ponte com o nível central. Além disso, apoiava a comissão gerencial da unidade, pois, na medida em que os membros dessa comissão são profissionais iguais aos outros, parece considerar que a supervisão tinha maior capacidade de resolução de certos problemas, especialmente os relacionados à falta de perfil para o trabalho, na medida em que os supervisores, como representantes da empresa que contrata os profissionais, tinham o poder de indicar a substituição.

“ acho uma relação boa porque o distrito apóia muito as atividades, você ligou, você tem contato com o coordenador se você tem um impasse... a gente sente muita falta quando a gente tinha supervisão do PSF, porque a supervisão vinha para dentro da unidade, via os problemas, participava das reuniões da unidade, a supervisão acompanhava melhor, do que agora o distrito que ta mais longe, já que a gente é profissional de saúde não é gerente, a gente não faz essa ponte tão bem (...)quando a supervisão estava aqui, a gente identificava (os problemas), a supervisão também identificava porque ela passava um dia na unidade de saúde da família, e ficava observando, identificava as coisas que a comissão precisava, ela dava apóio a gente, a supervisora mesmo chamava os profissionais e conversava e participava da reunião e ao mesmo tempo ela fazia dinâmica com a gente, ela melhorava as relações inter-pessoais, agora não, é o nosso olhar de comissão, de profissional.... a supervisão vinha vários turnos, observava o atendimento, o acolhimento na unidade, observava o que faltava na sala de curativo, então ela dava um apóio muito grande a comissão. Semanalmente participava das reuniões da unidade também (...) em muitos momentos você se vê no limite de ser comissão gerencial, de você saber que às vezes as pessoas não têm perfil para estarem ali, que tem problemas, eu não estou no cargo para me indispor, sou profissional de saúde igual a todo mundo na equipe ” (MCGU)

Neste depoimento, dois aspectos chamam a atenção: os limites dessa modalidade de gerenciamento de unidades de saúde, ficando claro que o poder para imprimir mudanças, por parte dos trabalhadores, é limitado; a questão da governabilidade e o conflito de papéis em que o profissional que assume a comissão gerencial fica perante seus colegas de equipe,

especialmente quando a própria equipe gestora reconhece que o acompanhamento por parte do distrito ainda é insuficiente.

“ em relação as equipes, o processo de trabalho é uma coisa que tem que ser revista, acho que a reunião que a gente tem com eles é insuficiente, a gente tem que acompanhar um processo de trabalho de uma equipe, como as vezes a gente vê os campos de estágios que tem a oportunidade de estar lá, os internos de medicina, eles dão um retorno enorme pra gente porque eles estão acompanhando mais de perto (...) visita estruturada, acho que falta mesmo, essa questão da visita estruturada, isso aparece muito em relatórios trimestrais que eles fazem, de você está, mesmo que seja com instrumentos, você está conhecendo a fundo esse processo de trabalho das equipes (...) não sei exatamente como é que funcionava essa supervisão, sei muito pouco, que tinha supervisões de áreas específicas, salas de vacina, de tuberculose ... ” (MEG 1)

Para as equipes produtoras de cuidado, o significado da supervisão não passava por essa questão de poder ou governabilidade. Para eles, era uma ponte, um canal de comunicação com a administração geral da Secretaria Municipal de Saúde, o qual foi interrompido. Se, por um lado, “resolveu” a questão de governabilidade, por outro, criou uma lacuna no processo de comunicação intra-institucional

“Antes tinha, antes tinha uma comissão, era uma coordenação, tinha um coordenador, tinha coordenadores que vinham nas unidades ver quais eram as necessidades, mas só que hoje não tem mais isso, a gente pelo menos tinha com quem falar, hoje a gente não tem mais com quem falar. Servia pra falar, e algumas vezes, servia também pra agir, se era uma pessoa que levava direto pra secretaria e hoje a gente não tem mais isso, então as coisas ficavam um pouco melhor, era um pouco mais fácil, não que era facilimo, mas se tornava mais fácil (...) foi uma coisa da própria secretaria que tirou, agora tem algumas unidades que tem gerencia, mas essa unidade não tem, aqui ainda é comissão gerencial que é composta por três membros, cada membro de cada equipe, então são composta por 3 pessoas” (ACE1)

Ainda que a comissão gerencial seja substituída pela figura do gerente, como está previsto pela gestão, talvez não resolva outra questão que está sendo colocada que é a hierarquização das relações entre o distrito e as unidades de saúde. Quando perguntamos para um dos profissionais sobre as relações que estabelecem com a equipe gestora, este respondeu:

“antigamente a gente tinha, ultimamente a gente tem sentido muito essa coisa de hierarquia. Não sei se isso vem mesmo da secretaria; hoje em dia tudo tem que ser muito burocrático... Eu não posso falar com a Secretaria, antigamente você pegava o telefone “A. R., a vacina, não sei o que...”, hoje em dia você não pode. Misericórdia! Você tem que ligar para uma pessoa do distrito que essa pessoa fala com a outra pessoa e que a outra pessoa fala com a outra pessoa. Então a gente não pode, jamais você pode falar com alguém da secretaria sem passar pelo distrito ... antes tinha mais facilidade. (EEEC)

Ao que parece, a estratégia de descentralizar o acompanhamento para os distritos trouxe alguns efeitos indesejados e talvez tenha limitado algumas possibilidades pedagógicas, como assinalado por uma das auxiliares de enfermagem:

“a gente tinha supervisão, D. nas reuniões, quando vinha, ela falava o que poderia fazer que aquilo que a gente tivesse dificuldade para a gente falar. A gente começou a ter reunião de enfermagem com as auxiliares e aí gente falava “ó, a gente tá com dificuldade em tal coisa”. Aí então vamos fazer, as meninas entravam na internet, faziam uma apostilazinha... nós tivemos o teste do pezinho, tivemos o de diabéticos, tivemos o vacina duas vezes, por iniciativa delas, das enfermeiras, quando tinha essa supervisão estimulava também (...) uma vez na semana a D. tava aqui, e a cada quinze dias ela participava da reunião de equipe” (AEE3)

A falta de autonomia da equipe para organizar certas atividades ou a falta de uma ação comunicativa para produzir entendimentos e propostas alternativas, acabam por frustrar iniciativas de capacitação na própria equipe, causando insatisfação daqueles que se beneficiavam com as aulas. Ou estariam insatisfeitos com o término da possibilidade de obterem folgas?

“Faz falta, porque nem tudo você tem autonomia para poder resolver. E tem muita coisa, por exemplo, a nossas aulas aqui que as enfermeiras dava era depois das cinco, agora o distrito não quer que dê mais porque nisso a gente tirava de folga, porque a gente às vezes saía aqui seis e meia sete horas da noite. Como é que elas vão dá aula de oito às cinco se a gente tá trabalhando? Tem que ser tudo através do distrito, através de ofício, através do ok de lá. A gente só pode fazer depois do ok de lá. E aí, às vezes, você perde tempo.” (AEE3)

A mesma profissional sinaliza que trabalhar em equipe não é fácil, indicando a complexidade do trabalho em equipe. Ao fazer esta observação, destaca a importância da supervisão para mediar e facilitar as relações. Por outro lado, sua fala traz a dimensão do poder que os supervisores tinham, o que, de outra parte, justifica a preocupação do Gestor em retomar a governabilidade, a condução das equipes para a gestão pública, já que, lembramos, os supervisores representavam a empresa terceirizada e podiam promover substituições ou transferências dos profissionais

“quando tinha qualquer problema até interpessoal ou de equipe, porque você sabe que trabalhar em equipe é meio complicado, claro, né?! a gente já teve, logo quando abriu aqui, profissionais que não se adequaram que teve que ser tirado, é que a supervisão, na época, que foi assim que funcionou divinamente bem, foi um caso assim, a pessoa, não foi com um profissional e outro, foi geral, era uma pessoa que chegava sete, a gente começa a trabalhar oito, então ela chegava sete e começava a atender sem a gente esta, pegava prontuário, ela atendia, aí o paciente pensava que era a gente que tava chegando tarde aí exige “ah, porque vocês tão chegando uma hora dessa, Fulano me atendeu sete e vocês tão atendendo a gente oito” (AEE3)

Para o Gestor, muitos problemas já existiam e se revelaram no momento que a supervisão deixou de existir. Hoje, a terceirização, se limita à contratação de pessoal do PSF.

“ é que a supervisão, se revelou depois no momento em que a supervisão deixou de existir, não acho que, que surgiu agora, eu acho que essa realização desse estudo, dessa avaliação, com o retorno disso para os profissionais, acho que vai ter um impacto importante. Nós estamos fortalecendo, agora, a coordenação do PSF com novos

profissionais, com mais gente pra poder estar mais próximo aos distritos, pra que esses distritos assumam mais esse papel de acompanhamento do PSF” (GM)

Ao criticarem a gestão pelas mudanças realizadas no processo de acompanhamento, creditando à supervisão poder para solucionar alguns problemas, os profissionais parecem acreditar numa forma de gestão com estrutura racional com um sistema de controle, capaz de garantir certa eficiência a gestão. No entanto, dada a diversidade de questões que envolvem o gerenciamento do PSF, a gestão tem se configurado mais como um processo social, permeado de conflitos de interesses e de outras questões que, na prática, traduzem ainda a manutenção de uma abordagem assistencial biologicista e uma insuficiência de profissionais qualificados para o PSF. Essa problemática se expressa ao se identificar a falta de resolutividade nas unidades do PSF:

“outro problema sério do PSF é a resolutividade das unidades, efetividade que ainda é muito baixa, e aí o principal problema me parece que é de fato a capacitação do profissional, aqui tem muitos profissionais, não é a maioria, mas tem muitos profissionais que são já aposentados, psiquiatras que depois de aposentados resolveram fazer PSF, psicólogos, psiquiatras, que não têm formação, ou então, muitos profissionais recém formados, isto na área da medicina, nas demais áreas também a gente vê que há uma fragmentação do trabalho, a abordagem ainda biologicista, a ideia de trabalhar com promoção, com o território, isso é uma dificuldade enorme. ” (GM)

A falta de resolutividade, embora esteja entre os problemas apontados no PSF, não é inerente à estratégia saúde da família. Advém de outras questões relacionadas à configuração do sistema de saúde, no qual, historicamente, as demandas têm sido sempre maiores que a oferta.

“ as referências existem, mas a gente não tem a garantia do atendimento nessas referências, no distrito nós temos, 3 unidades de PSF, 5 básicas, 2 especializadas e 1 PA, que é um ambulatório também na atenção básica, e a gente tem tido dificuldade... no distrito a gente até se consegue, mas assim, saúde mental, a gente tem a unidade de saúde mental, a unidade de cardiovascular, que não serve só ao distrito, serve todo o município que possa estar encaminhando. Estamos com o CAPS, e estamos inaugurando o CAPS infantil, mas, a gente não consegue dar essa contra referência, não consegue garantir realmente esse acesso. Com a questão da gestão plena o município tem trabalhado através da coordenação de regulação e avaliação, pra realmente implantar a referência municipal. A gente está começando ver a questão da oftalmologia, então, todas as unidades hoje, está identificando pessoas de referência... ” (MEG 1)

Outra questão, que se configura como um problema na Estratégia Saúde da Família e que exerce influência na manutenção das práticas tradicionais, é anterior à implantação do PSF e está diretamente relacionada à história e perfil de formação dos profissionais de saúde, de modo que, mesmo havendo avanços e investimentos por parte da gestão, ainda persiste uma inadequação do perfil profissional, influenciando diretamente em seu processo de trabalho. Esta questão não passa despercebida:

“ eu percebo, a gente vê a questão de perfil às vezes de alguns profissionais inadequado, acho que é um nó crítico, não é para uma categoria a ou b, isso eu acho que é um problema geral, do sistema de saúde, a questão de compromisso, a questão dos processos de trabalho. Eu acho que a gente avançou, consegue perceber em algumas unidades, algumas equipes que o processo de trabalho ele já tem um diferencial, mas a gente ainda entende que tem muito ainda do tradicional, mudou a estratégia, a estrutura, mudou a lógica, mas o processo em si ainda continua muito pautado na assistência individual...” (MEG 2)

Com a perspectiva de aumentar sua capacidade de governo, diminuir os problemas e as resistências em relação ao PSF, várias iniciativas tem sido tomadas:

“Existia uma resistência ao PSF por parte de algumas comunidades por conta do início da história de implantação do PSF aqui em Salvador na gestão passada, em que algumas unidades básicas e tradicionais foram transformadas em unidade de saúde da família, e aí teve uma determinada população cadastrada, e a população que ultrapassava o limite da capacidade daquelas equipes, eram proibidas de utilizar aquela unidade de saúde, isso gerou uma insatisfação imensa no povo, reações muito fortes (...) eu já enfrentei um monte de debate com representantes de comunidades que não queriam o PSF, porque se transformariam numa unidade fechada, que não poderiam usar(...) estamos tentando mudar isso nas unidades novas, e mesmo nas antigas, nós estamos garantindo no atendimento uma demanda espontânea, mesmo que a pessoa não seja cadastrada, morador da área de abrangência. Isso foi uma resistência muito forte no início, mas que tenho visto diminuir, to sentindo isso...” (GM)

As possíveis resistências a estratégia por parte dos profissionais têm sido superadas devido a uma diferenciação positiva dos salários.

“ a categoria médica é a favor, o sindicato, não só médico, como o Sindsaúde também, todos se manifestam a favor da estratégia saúde da família(...) aqui nós nunca tivemos problema(...) é o aproveitamento dos servidores atuarem nesse programa, já que paga bem melhor(...) é o que a gente tem feito(...) enquanto um médico efetivo que trabalha, em unidade básica tradicional, recebe sei lá, 1/4 do valor do salário de um médico e tem todos os profissionais, tem enfermeiro, dentista, o técnico de enfermagem ... já foi inclusive uma ação da nossa gestão, o aumento de salário de todos os profissionais, foi um aumento significativo, chegou até 60%, por causa da categoria médica, para o quê? é uma demonstração de que enfim, é uma prioridade da gestão (GM)

A substituição das comissões gerenciais, que funcionavam de forma rotativa nas unidades do PSF, pela figura do gerente, além de, possivelmente, solucionar o problema da supervisão, tão valorizada pelos profissionais, pode melhorar a comunicação entre os trabalhadores e a gestão.

“hoje, uma das coisas que tem melhorado, por exemplo, nas unidades é que antigamente na gestão anterior as unidades de PSF não tinham gerente, era uma coisa de comissão gerencial que era rotativa, era um grupo, e as unidades hoje, que estão melhorando, que estão um pouco melhor são aquelas unidades que tem gerente, porque isso de certo modo, melhora a comunicação do nível central e as unidades” (GM).

Embora não seja considerado como um problema prioritário, a questão da comunicação tem aparecido como pano de fundo de alguns problemas e de conflitos entre a

equipe gestora e os trabalhadores, como por exemplo, nos diversos entendimentos da questão da supervisão. O reconhecimento da existência de problemas de comunicação intra-institucional, tem levado a equipe gestora a adotar medidas administrativas e a investir em capacitação com vistas à superação do problema:

“... existem problemas de comunicação, e isso é fato, agora não acho que seja o problema principal não, até porque, nesse momento como a gente definiu PSF como prioridade, a gente definiu pessoas na coordenadoria administrativa que são especificamente responsáveis pelo acompanhamento dos processos relativos ao PSF, tem problemas, as vezes os processos param em alguma gaveta, param em cima da alguma mesa, não andam, isso corre, mas não acho que seja um problema sério(...) temos apostado muito, temos investido muito, temos uma coordenação específica pra isso, há um investimento em capacitação é um investimento, inclusive em termos econômicos ...”(GM)

Entre as iniciativas para garantir governabilidade e a implementação do seu projeto, a gestão municipal tem feito um investimento em capacitação, envolvendo, inclusive, uma estreita articulação com a universidade, através de consultorias ou de ações de integração ensino-serviço. Estas iniciativas são valorizadas na fala do gestor.

“temos... um trabalho de consultoria com a universidade que os residentes de medicina, de saúde coletiva acompanham o PSF, os R1 da unidades de saúde, os R2 no nível central. Pedi agora até pra coordenadora que pusesse também no nível distrital. Há um processo de muitas atividades de capacitação na área do PSF, há um processo de oficina de planejamento que foram feitas no ano passado pra contribuir o plano municipal se saúde, plano quadrienal, plurianual, envolvendo todas as unidades, inclusive com a comunidade. Agora visito muito as unidades de saúde, vou frequentemente, eu procuro é... agora, existe 1º, uma, uma baixa qualificação de gerencia, são salários que não são realmente atrativos, o que se paga pra um gerente é, existe talvez a, a, a herança, a pior herança que tenha ” (GM)

No processo de implantação das equipes, há também um investimento na qualificação, para melhor compreensão da estratégia adotada pelo município.

“ As equipes, na verdade, quando elas, elas são criadas a gente faz o treinamento introdutório que já ajuda, entendimento da estratégia, como é que ela tem de ser, como ela tem que se organizar, como ela tem que, na verdade, executar todas as atividades, não só médico e um assistencial direto, mas também de cunho coletivo de educação com a comunidade e a própria educação dos profissionais, o treinamento introdutório nos ajuda nesse aspecto...tem essa questão do treinamento introdutório e a gente esta retomando a questão da supervisão justamente para poder está acompanhando melhor esses processos... ” (MEG 2)

Existe um esforço por parte da gestão para desenvolver estratégias que contribuam para a adequação do perfil. Um dos membros da equipe gestora faz uma diferenciação entre ser capacitado e ter habilidade e diz que capacitação demais atrapalha, e que não é suficiente para construção do perfil que envolve habilidades e competências:

“ A secretaria tem investido muito na questão da capacitação, só tem uma diferença muito grande em capacitação e habilidade, você pode ser capacitado e não ter perfil, é habilidade pessoal, que você tem que tá desenvolvendo, porque a gente não tem uma coisa direcionada pra medir competências...as capacitações a gente até reclama que são demais, que atrapalha, que interfere no serviço, e aqui a gente tem até uma posição de dizer: “Olhe, se você está com agenda e não tem como remarcar, a prioridade é o paciente” Nesse momento a prioridade é o paciente, se não foi uma coisa programada com antecedência, se a pessoa que está com aquela programação e não tiver como fazer essa reposição, a prioridade é o atendimento (...) a capacitação não é suficiente...a construção do perfil, ela envolve habilidade, envolve competência e que é diferente de capacitação. ” (MEG 1)

Este esforço que a gestão tem feito para qualificar seus quadros é reconhecido pelos profissionais, como se pode perceber na fala de uma enfermeira e de uma médica respectivamente:

“ teve “introdutório”, tem sempre esses cursos extras, formado pela secretaria, a gente foi treinado em coleta de lâmina, foi já depois que eu tava em PSF, em hanseníase e tuberculose que vira e mexe a gente está sendo capacitado, chamado para sensibilizar, para estimular e manter o programa, fiz o AIDIPI, o da criança que eu morria de vontade de fazer, trabalhei muitos anos com pediatria e então queria sempre fazer...” (EEEC)

“ têm alguns que já vem convocado e tem outros que, a gente na unidade, sempre tá tendo, cursos e eventos similares. Às vezes na unidade se tem alguém que não fez ainda, da prioridade pra quem ainda não fez as vez a gente já fez, mas, gostaria de fazer de novo realmente essa parte aí tá bem, o que tá faltando é o treinamento introdutório, que a maioria das pessoas daqui já fizeram., mas, nas outras unidades na, tem muitos eventos, ontem mesmo eu fui pra um que já fiz saúde da mulher,mas ontem mesmo teve outro e esse mesmo foi convocado, foram dois meses a de citopatologia, mesmo já tendo sido treinada, acho que pra tá dando ênfase aí na coleta, aí foi convocado todos os médicos do PSF, ontem foi à prática, então tá bem...” (EMEC)

A presença da Universidade, através dos Residentes, é valorizada pelo gestor, da mesma forma como a presença de estudantes da graduação é valorizada e desejada pelos profissionais ao nível da unidade, pois, segundo um deles, isso potencializa e favorece o trabalho:

“Favorece, e muito, é claro, assim, que tem época que tem mais estudante, a gente tem mais trabalho, mas, eu vejo assim, toda vez que o estudante chega, as coisas que a gente não conseguiu fazer a gente tem agora cinco, sete estudantes e mais uma professora, mais a equipe de saúde bucal para a gente a tentando trabalhar aquilo que a gente não conseguiu, é tanto que quando eu tava na outra comissão a gente trabalhou com os estudantes de enfermagem (...) então a gente trabalhou com o conselho local, a gente falava tanto o conselho, mas a gente via muita resistência, a gente trouxe os estudantes pra sensibilizar os profissionais, foi ótimo, depende de quem tá na comissão (...) além de conhecer a unidade de saúde, os estudantes fazem intervenção naquilo que a gente tem dificuldade, dependendo do que a comissão sugerir... a coisa fica ótima (...) a comissão mesmo no semestre passado pegou, os estudantes de enfermagem para fazer uma palestra para idoso que a gente pode fazer (...) agora mesmo a gente vai pegar os internos de medicina que vêm agora (...) a gente vai trabalhar outras coisas para o bem

da unidade(...)se a pessoa souber (...)aproveitar esse momento, esse novo olhar do professor, dos estudantes pra (...) ajudar a estratégia...” (MCGU)

O processo de construção do Plano Municipal de Saúde, expressão das políticas, tem sido desenvolvido com ampla participação dos vários setores da SMS, mas ainda não houve maior envolvimento do PSF a nível local. O próprio Gestor reconhece que o espaço das sextas-feiras à tarde, que estaria reservado para o planejamento e avaliação das atividades e para discussões e participação mais coletiva, não tem sido bem utilizado por algumas equipes:

“ a gente teve um processo muito rico de participação pra construção do plano municipal de saúde 2006, 2009, que foi no ano passado em 2005, é, nós precisamos descentralizar, ainda não conseguimos pra nível distrital, pra nível local, um dos pontos fracos do PSF tem sido exatamente isso, que tem que existir sexta-feira a tarde, em geral nas unidades, é reservado para esse momento de avaliação, de planejamento das unidades, e as informações que chegam aqui, é que o dia de assistir sessão da tarde, de ir pra o barzinho pra comemorar o final da semana, porque falta a qualificação das pessoas, e falta um pouco também do compromisso... parece a gente não tem conseguido fazer com que as unidades de saúde da família de fato faça esse processo de planejamento como um rotina, existe o espaço formal, que na prática não é devidamente utilizado.”(GM)

A participação dos profissionais do PSF continua sendo uma aspiração e, se tomarmos como referência a fala de uma médica, ainda que o espaço de sexta-feira não esteja sendo muito bem utilizado, não significa que não exista compromisso dos profissionais, especialmente quando se refere a “seus” pacientes. Uma médica, ao ser perguntada sobre sua participação na elaboração do plano de saúde, responde:

“participação só se a gente exigir, às vezes não é nem liberado, por exemplo, na conferência municipal quando a gente soube, eu fui até pra pré- conferencia no distrito, mas, quando eu soube era no outro dia, já não dava mais pra mim ir, meus pacientes agendados não sei o que, acabei não indo, se a gente não forçar a gente não vai, assim, liberado” (EMEC)

A complexidade do processo de gestão no âmbito da saúde permite que consideremos, além da questão da governabilidade, do projeto e da capacidade de governo, outros aspectos que influenciam o processo decisório. No caso, aspectos relativos à história, à formação e as questões que o gestor considera para tomada de decisão, vão influenciar, direta ou indiretamente, não só na ampliação da estratégia de saúde da família como no próprio processo de trabalho das equipes:

*“ a gente tem as estratégias definidas, então um dos objetivos é a expansão do programa de saúde da família, sempre procuro levar em conta tanto o **aspecto técnico da decisão quanto o aspecto da sua viabilidade política também** então por exemplo essa questão da supervisão teve claramente uma questão, que é política que a secretaria assumia a gestão, pode ter tido até um efeito colateral negativo talvez em algumas unidades técnicas, mas acho que foi uma coisa positiva, correta, eu sou muito preocupado também*

com os aspectos legais até por conta do, um pouco do histórico da secretaria que saia nos jornais etc. Sempre ouço, consulto muito a questão jurídica, a questão do cumprimento da lei é uma coisa que é muito forte, eu tenho sido também muito disciplinado até pela situação financeira é precária do município, muito disciplinado na questão do respeito aos limite financeiros, eu não gasto nada além do que o secretário da fazenda autoriza a cada 2 meses porque é que as 15 obras estão paradas? porque priorizei, pagar o que tivesse impasse em termos de salário, de pessoal, de abastecimento de insumos, essa decisão de paralisar essas obras, foi, já que não está sendo pago tudo vamos pagar então, é uma decisão também valorizada por essa questão de limite financeiro, por que, que a gente parou inclusive de expandir o PSF, desde março pra cá não inaugurou mais nada por conta dessa paralisação das obras enfim...”(GM)

Como podemos observar, os limites financeiros, as questões legais, aspectos técnicos e políticos, a busca do alcance dos objetivos são aspectos que determinam ou limitam a tomada de decisão. Mesmo havendo espaço para consultas, escutas e ampliação do debate, fica claro que a responsabilidade final é do gestor:

“ temos na secretaria, de cima para baixo, assim, 1º lugar, tenho uma posição muito clara, que eu repito, pra coordenadores, que a última instância, decisão é do secretário, não temos nenhum sistema de votação, a responsabilidade é de quem presta conta, sou eu, agora, sou muito aberto a discutir, então, nós temos o fórum de coordenadores a nível central, temos o fórum de coordenadores que envolve o nível central, mais o nível distrital e fazemos de vez em quando, oficinas desses coordenadores. Por exemplo, a proposta de reestruturação da secretaria, foi definida no final uma oficina por todos coordenadores, nós estimulamos muito e eu já tive presente em algumas, reuniões de ceds nos distritos, vai com o coordenador do distrito representantes dos agentes de cada uma das unidades, acho que há uma, um processo de discussão internamente, no nível central muito intenso, todas as coordenações enfim,...a reunião semanal de todas as coordenações, o nível central e o nível distrital, tem uma boa relação, que tem essas reuniões quinzenais, agora eu não saberia te dizer como é que se o funcionamento, das CEDS é regular, é a comissão executiva do distrito sanitário é coordenada pelo coordenador do distrito com os gerente de unidades (...) os coordenadores dos distritos, acho que estão sendo envolvido, agora se o gerente das unidades estão sendo envolvidos, tenho duvidas ...”(GM)

Assim, num processo de gestão, outros aspectos relacionados à história, ao perfil e à capacidade do gestor enquanto principal implicado no processo de decisão, vão influenciar também as várias dimensões e aspectos do gerenciamento das equipes e de seu processo de trabalho.

“tem sido um, aprendizado muito grande, porque existe a rotina do gestor, processos desde licitações, processos de pagamento, gestão de pessoal que é uma coisa ocupa muito tempo, conflitos interpessoais, de relacionamento com vereadores, deputados, lideranças políticas, de sindicais, de associações, de profissionais, associações comunitárias, enfim, nada disso se aprende na escola, digamos assim, mesmo que você saiba os princípios da administração. Agora por outro lado eu acho que a formação ajuda muito (...) o fato de ter uma formação específica na área, acho que ajudou a não me afogar na rotina e poder definir algumas ações estratégicas com certa clareza de quais seriam essas ações estratégicas, a prioridade pra expansão do programa de saúde da família, a implantação do SAMU, buscar valorização dos servidores. Outra coisa que

me ajudou também, enfim como professor de planejamento a idéia de trabalhar, por problemas e por programas, então a gente tem a estruturação da secretaria e com a nossa coordenação, cada um tem a sua rotina, mas nós temos aquelas ações, aquelas operações que são prioritárias com as tarefas definidas, com responsáveis isso foi uma forma de organizar que me veio da minha experiência teórica” (GM)

Considerando-se a gestão enquanto uma prática social. Sua análise envolve, além de aspectos políticos, institucionais e organizacionais, aspectos que se relacionam ao perfil, comportamento e subjetividade dos sujeitos que compõem a equipe gestora.

Por outro lado, nessa dinâmica organizacional da instituição, associado ao contexto macroestrutural, existe ainda a micropolítica do trabalho que envolve as relações que se estabelecem a nível das unidades de saúde para produção das ações e atividades de saúde. Já que este aspecto relacional é parte constitutiva do processo de trabalho em saúde, estarão também recortadas pela história, pelo perfil, e subjetividades de cada um dos trabalhadores que compõem as equipes de saúde da família.

7- Discussão dos Resultados

Ao final deste estudo, de um modo geral, podemos dizer que existem relações entre a ação educativa aqui analisada com processos de mudanças nas práticas profissionais. No entanto, se esbarra nos limites da própria ação educativa, que, isoladamente, não possibilita mudanças significativas nas práticas dos profissionais.

O estudo trouxe evidências de que o curso influenciou positivamente na mudança do perfil profissional, proporcionando maior segurança ao enfermeiro para exercer sua prática e, para o médico, uma visão mais ampliada da política de saúde, habilidade para desenvolver ações educativas e conhecimentos relacionados ao planejamento e gestão, o que garantiu que o profissional médico passasse a incentivar o controle social, a participar da organização de grupos educativos para hipertensos, adolescentes, etc.

Outras variáveis relacionadas à estrutura e organização do sistema municipal de saúde se apresentaram enquanto fatores que limitam ou potencializam as possíveis mudanças na prática dos profissionais. Estes aspectos de certa forma se assemelham ao estudo de PEDUZZI (2007), que, ao analisar a qualidade da assistência de enfermagem prestada nas técnicas de inalação, punção venosa e medicação intramuscular por trabalhadores de enfermagem que passaram por um processo de qualificação, registra que as características dos estabelecimentos de saúde e as condições de trabalho, entre outros, exercem influências nos efeitos que os processos educativos produzem na qualidade dos serviços (PEDUZZI, 2007). Neste estudo, a autora, entre outros aspectos, faz uma ressalva a abordagens educativas que não tomam em consideração o ambiente de trabalho.

Observamos que, os processos educativos que levam em consideração o processo de trabalho, como o processo educativo por nós analisado, mesmo obtendo uma avaliação positiva, por parte dos trabalhadores, quanto aos objetivos propostos, no plano da assimilação e objetivação dos conhecimentos no discurso dos profissionais, não são suficientes para que sejam capazes de modificar a realidade das práticas, já que os aspectos estruturais são determinantes. Ainda neste estudo, PEDUZZI (2007) afirma que o desempenho dos trabalhadores são mediados pelo contexto de trabalho. Ela observou que o melhor desempenho profissional aconteceu no serviço que teve apenas parte dos atendentes de enfermagem que se qualificaram com auxiliares, porque neste serviço havia melhores condições de trabalho.

Os limites de um processo educativo, quando não há garantia de outras variáveis para potencializar as mudanças, existem mesmo quando as mudanças pretendidas são específicas e se restringem a um programa. Num estudo feito na África do Sul com vistas à melhoria da qualidade de atenção a tuberculose, os autores afirmam que a intervenção educativa que foi cuidadosamente planejada afetou as atitudes e a forma de pensar na tuberculose, no entanto, raramente resultaram em mudanças nas práticas e na organização do trabalho (DICK et al. 2004).

Num estudo realizado em um município baiano, NASCIMENTO (2005) aponta, entre outros aspectos, que o PSF e as práticas das enfermeiras contribuíram para reestruturação da atenção básica e para reorganização do sistema local de saúde. Encontrou como limites questões gerenciais tais como: dificuldade em assegurar o acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade e estabelecer o sistema de referência e contra-referência.

Quanto à identificação da influência do processo educativo na mudança no conteúdo, na forma de organização e nas relações estabelecidas no âmbito das práticas de médicos e enfermeiros da equipe de saúde da família e considerando-se os elementos constitutivos do processo de trabalho (objeto, atividades, instrumentos e as relações de trabalho), a prática dos profissionais do PSF analisados neste estudo mostra-se com algumas evidências inovadoras se comparadas à atenção básica tradicional, e ainda incipiente se comparada às abordagens alternativas de modelos de atenção.

Um dos aspectos que chamou a atenção neste estudo, é que, apesar das atividades educativas grupais, das visitas domiciliares como ferramenta de trabalho cotidiana, da implantação do acolhimento, do incentivo ao controle social, das caminhadas para promoção da saúde, do grupo de artesanato dentro da unidade, de certa incorporação do planejamento às atividades de trabalho e de desenvolverem atividades que se diferenciam de uma prática mais tradicional, o **objeto do trabalho** continua sendo o atendimento ou as necessidades individuais.

A observação da prática, a fala de um dos profissionais enfermeiros e alguns depoimentos relacionados a seu trabalho atestam a importância e centralidade desse profissional em equipes de saúde da família, a capacidade técnica, o atendimento individual diversificado, a liderança, a capacidade de comunicação com a equipe e usuários, etc. Todos estes aspectos caracterizam um processo de trabalho mais amplo que o de um enfermeiro de uma unidade básica tradicional. No entanto, no discurso da própria enfermeira e nas observações ficou evidente que, apesar da relação cordial, do vínculo afetivo e de confiança que existe entre os profissionais e os usuários, a relação que se estabelece entre eles ainda é

uma relação de poder. É como se os usuários não soubessem discernir suas necessidades e o profissional tivesse sempre que cumprir este papel. Seria uma relação sujeito-objeto, onde o poder de saber, conscientizar e suprir as necessidades é do profissional. O objeto de trabalho, em sua maioria, ainda são as necessidades individuais. Mesmo quando se realiza trabalhos grupais, a finalidade do trabalho segue sendo o indivíduo com problemas de saúde ou potencialmente com risco de adoecer. Apesar desta concepção de seu objeto de trabalho, este profissional no espaço singular da realização do trabalho vivo abre espaços de interação e cordialidade com os usuários e com a comunidade de sua área de abrangência. Mas, ao se referir à finalidade de seu trabalho, reafirma sua concepção quanto ao poder do profissional quando afirma que conseguir uma mudança de hábito seria o principal objetivo do profissional em relação ao usuário.

A partir do discurso da médica, da forma como outros profissionais da equipe avaliam ou percebem seu trabalho e ainda com base nas observações, podemos dizer que sua prática é diferenciada. Incorporou em seu processo de trabalho ações e atividades que, em alguns aspectos, se aproximam de uma prática da vigilância da saúde. Além do atendimento individual, estimula o controle social, participa ou desenvolve atividades educativas na unidade e em outros espaços do território, trabalha em equipe, compreende a lógica do sistema municipal de saúde e teve uma atuação cooperativa na implantação do acolhimento. Ou seja, efetivamente, tem uma prática diferenciada. Ainda que coloque, com muita segurança, que seu objetivo principal como médica é realizar o atendimento individual às pessoas, apontando que sua intervenção profissional é sobre o paciente, ao se referir aos objetivos de seu trabalho, além do atendimento, da prescrição, faz referência à satisfação do paciente e a sua preocupação com a avaliação do atendimento quanto a adequação para a melhoria da vida dos pacientes. Ainda que esteja centrado no individual, há uma dimensão humana e ética, porque, indiretamente, parece ter a noção de que sua prática é social e relacional e percebe e considera o outro em sua ação.

Percebemos que existem mudanças e permanências contraditórias na prática de ambos os profissionais. Quais foram ou quais têm sido os determinantes ou fatores que influenciaram, influenciam ou determinam os perfis dos profissionais observados? Que contradições são percebidas? O estudo mostrou algumas evidências.

A participação no Curso de Especialização em Saúde da Família influenciou de forma diferente aos profissionais. Para o enfermeiro o curso serviu para dar mais segurança, embora existam diferenças e incorporação de atividades ao analisar os instrumentos para identificação das atividades que diz realizar na época do curso e agora não há como afirmar que foi o curso

que influenciou. Nem a profissional, nem nenhum outro membro da equipe fez referência a esse respeito. Apenas as evidências encontradas no instrumento não são suficientes, mesmo porque muitas das atividades realizadas são aquelas que tradicionalmente os enfermeiros já realizam. Uma maior utilização da epidemiologia numa perspectiva de um olhar mais coletivo sobre a área e as pessoas sob sua responsabilidade, uma utilização mais regular e mais segura do planejamento ou um maior incentivo ao controle social e a promoção da saúde numa perspectiva coletiva, aspectos que poderiam estar relacionados ao curso, não foram observados na prática do enfermeiro.

Na fala de um profissional médico, apesar do objeto de trabalho se confundir, com a finalidade do trabalho e apontar que sua intervenção profissional é sobre o paciente, quando fala do objetivo de seu trabalho, diz que, além do atendimento, da prescrição, agora que está no PSF ele se preocupa com a satisfação do paciente e com a avaliação deste atendimento - se foi, ou não, adequado à melhoria da vida deste paciente. Faz referências a uma unidade básica onde trabalhava anteriormente, identificando que sua conduta atual na unidade de saúde da família, é diferente. Não deixou de fazer o que já fazia, mas incorporou a dimensão do outro, da vontade e da satisfação do paciente. Ainda que seu objeto de trabalho continue sendo o paciente em sua dimensão individual, demonstra uma mudança de postura, uma ampliação de seu objeto, considerando aspectos da subjetividade daquele paciente. Para este profissional, o sentido do trabalho está relacionado ao cuidado individual, ao vínculo de confiança que se estabelece com o paciente e parece sentir-se responsável pela terapêutica do paciente.

Associado a estes aspectos, quando a SMS decidiu implantar o acolhimento, atendendo a todos e fazendo marcação/agendamento permanentemente, foi um dos profissionais que contribuiu e aceitou o acolhimento sem resistências. Este fez referência à utilização dos dados para planejar as ações da unidade e seu próprio trabalho. A epidemiologia e o planejamento estão sendo instrumentos de organização do trabalho clínico que realiza.

Contraditoriamente, mesmo que não tenham assumido ainda uma perspectiva de intervenção mais coletiva sobre problemas, percebem que o objeto de seu trabalho vai além das patologias, e que o trabalho que realizam, e eles próprios, ao trabalharem no PSF, estão, de certa forma, vinculados à vida das pessoas. O fato de pensarem as pessoas e os modos de levar a vida dessas é um avanço em relação a perspectiva de atuação sobre doentes e doenças, do modelo tradicional.

Creditamos os avanços ou limites percebidos na prática, em parte, ao curso, mas também às trajetórias profissionais. O caso da médica que demonstrou maior objetivação nas práticas dos conhecimentos trabalhados durante o curso merece algumas reflexões. A médica,

nos seus 22 anos de vida profissional, atuou mais em unidades básicas de saúde, portanto já tinha maior vivência na área de Saúde Pública. A enfermeira teve parte de sua vivência profissional em unidades hospitalares. Se fizermos uma aproximação com o conceito de VIGOTSKI (1984) de “zona de desenvolvimento próximo”, que favorece a aquisição de conhecimentos que o indivíduo é capaz de desenvolver, mas não o faz sem a ajuda de outro, o curso pode ter favorecido mais a médica que a enfermeira, já que aquela já havia acumulado conhecimentos que favoreceram o estabelecimento de relações cognitivas, permitindo um maior aproveitamento do curso. Já a enfermeira, com sua trajetória mais ligada à área hospitalar, teria menores condições de estabelecer relações com conhecimentos mais afins à Saúde Coletiva. Deste modo, buscamos uma relação da prática dos profissionais analisados, não apenas com o processo educativo, mas tentando compreender as possibilidades de objetivação de conhecimentos em práticas, a partir da historicidade dos sujeitos. Fazemos essa relação com base na teoria de VIKOTSKI que toma o psiquismo humano enquanto um fenômeno histórico-social.

Apesar das diferenças acima, as atividades que realizam são descritas pela médica e pela enfermeira de forma semelhante. Ainda que existam algumas peculiaridades no trabalho médico e no trabalho de enfermagem, na estratégia Saúde da Família, estes dois processos de trabalho se assemelham de tal forma que, nas falas da médica e da enfermeira respectivamente, sinalizam uma divisão e compartilhamento de todas as atividades, indicando que, no PSF, médico e enfermeiro trabalham quase que totalmente em parceria, entre si e com os outros membros da equipe.

Além do processo educativo, da cooperação e de aspectos relativos à intersubjetividade humana histórico-social, observamos que aspectos políticos gerenciais do contexto da gestão também estão implicados com a prática dos profissionais. A responsabilidade por uma adequação ou readequação do perfil profissional passa também por um investimento na qualificação/capacitação dos profissionais, e isto tem sido feito por parte da gestão.

Para discutir como a gestão do sistema de saúde municipal e/ou os processos de gestão intermediários podem favorecer ou dificultar as mudanças nas práticas dos profissionais da equipe do PSF, tomaremos o acolhimento como uma das atividades que, no caso estudado, marcaram positivamente esta relação.

Dentre as atividades de atendimento individual, existe o **acolhimento** que é realizado diariamente, especialmente, por médicos, enfermeiros e odontólogos com o apoio de auxiliares de enfermagem. A implantação dessa atividade gerou resistência por parte de

alguns profissionais, evidenciando uma tensão entre estes e a equipe gestora. Apesar disso, foi bem aceito pela médica, que já desenvolvia atividade semelhante noutra unidade básica onde trabalhou e hoje avalia que o acesso aos serviços melhorou com o acolhimento.

A estratégia Saúde da Família, a despeito das dificuldades, tem demonstrado potencial para fortalecimento dos vínculos entre a equipe, serviço e usuários. O acolhimento no PSF, além de viabilizar e fortalecer este vínculo favorece a humanização. SOLLA (2006) e MERHY (2002) apontam essa perspectiva. A SMS, tendo como uma das prioridades de seu projeto de governo a humanização da atenção, definiu pela implantação do acolhimento na rede básica de saúde do município.

Houve grande mobilização e investimento por parte da gestão municipal para o alcance desse objetivo. Os Distritos foram envolvidos, no entanto, a comunicação, entendimento e aceitação por parte dos profissionais aconteceram de forma diferenciada. Estes receberam como uma ordem e, de certo modo, era um ordenamento para que a população em qualquer dia ou hora fosse acolhida. Talvez tenha havido alguma falha na comunicação, mas jamais falha de decisão, ainda que tenha havido resistências, pelos resultados observados e pelos depoimentos dos usuários, principalmente, foi uma decisão acertada.

No caso da implantação do acolhimento, a decisão política, a clareza de propósitos e empenho da equipe gestora juntamente com a colaboração de outros parceiros garantiu a implantação e incorporação dessa atividade à prática cotidiana dos profissionais. Considerando as observações de campo, podemos dizer que é uma prática incorporada ao cotidiano do trabalho das equipes e institucionalizada na unidade analisada.

Os usuários avaliam positivamente o acolhimento e falam com satisfação que não precisam mais pegar filas, por que além de ter marcação todo dia, podem marcar por telefone. Durante o período de observação, não presenciamos nenhuma fila e, apesar de alguns profissionais fazerem referência a uma suposta sobrecarga de trabalho, já que muitas escutas se transformam em atendimento/consulta, não foi observada nenhuma demanda para atendimento a nível da unidade, que estivesse além das possibilidades da equipe.

Concluimos que a indução por parte da gestão, mesmo nos casos que existam discordâncias por parte da equipe, é necessária e positiva, pois se, para alguns profissionais pode significar aumento de trabalho, para os gestores é uma forma de garantir aos usuários o direito ao acesso a serviços de saúde. Trata-se, portanto do atendimento a uma das necessidades de assistência mais humanizada para população usuária. O acolhimento tal qual refere MERHY (2002) mais que uma atividade assistencial, é uma tecnologia relacional, de

encontro de subjetividades. Para além do trabalho vivo, confere, para os usuários, um novo significado dos serviços, promove satisfação e reconhecimento de que ali existe algo diferente: o serviço é mais humanizado.

Essa “tecnologia leve” (MERHY, 2002) neste estudo apresentou-se com mais um potencial, o de promover a cooperação entre os profissionais, já que o acolhimento envolve situações variadas e inesperadas. Muitas vezes é necessário, para quem está no acolhimento, recorrer à ajuda de outros profissionais. No caso desta unidade, tem favorecido a comunicação e a cooperação entre os profissionais, o que representa uma importante mudança no seu fazer e agir cotidianamente, levando-os a reconhecer o trabalho do outro.

E, para finalizar essa questão da implantação do acolhimento, deve-se notar que a diversificação e utilização de novas tecnologias podem ser influenciadas tanto pela aquisição e objetivação de novos conhecimentos como por exigências da organização do trabalho.

Destacamos a visita domiciliar e os trabalhos educativos como atividades, que consideramos que caracterizam o trabalho no PSF e que, no caso analisado, marcam uma diferença com o trabalho em outras unidades básicas, consideradas tradicionais.

A **Visita domiciliar**, como atividade, é uma das ferramentas de trabalho tanto da médica como da enfermeira e é, na maioria das vezes, realizada em duplas, com participação de outros profissionais. No acompanhamento a algumas visitas, percebemos que essa atividade também pode se constituir numa tecnologia relacional, que facilita e promove a comunicação entre os profissionais e destes com a população usuária, fortalecendo os vínculos de confiança com os usuários de determinada área de abrangência. Observamos que, no domicílio, a comunicação surge naturalmente e a interação com as pessoas em seu espaço privado favorece uma aproximação dos profissionais com a realidade social da comunidade onde atuam. O reconhecimento e o vínculo trazem satisfação aos profissionais e o cuidado aos usuários. Em nenhuma das visitas observadas houve indício de insatisfação ou de constrangimento. Usuários e trabalhadores agem e aceitam naturalmente a visitação como parte já institucionalizada do trabalho no PSF. O sucesso ou qualidade da visita se apresentou como resultado da capacidade de comunicação e do vínculo de confiança estabelecido com a família e com o paciente, facilitando o trabalho. Os conhecimentos técnicos sobre a doença ou sobre outras situações que surgem no trabalho vivo em ato, bem como as medidas de prevenção, ao lado da comunicação, funcionam como instrumentos importantes para o trabalho dos profissionais. As relações que se estabelece com a família envolvem aspectos subjetivos que só estes profissionais, que já conhecem e interagem com as famílias da área, podem compreender e incorporar no processo de trabalho.

Numa perspectiva da ação comunicativa, este espaço domiciliar pode ser considerado como um espaço de intersecção, de encontro de subjetividades, onde há troca de informações e sentimentos, podendo gerar mais autonomia e confiança para a família como um todo, e, assim, poder participar dos cuidados ao membro da família que, naquele momento, está sob os cuidados da equipe. Por outro lado, o fato de estar em sua casa, “em seu território particular” parece dar mais segurança e autonomia de decisão para o usuário, estabelecendo uma relação mais horizontal com os profissionais, que conduzem a conversa de forma mais compreensiva que prescritiva.

O trabalho educativo que está sendo construído pelas equipes, com participação significativa dos profissionais envolvidos neste estudo, demonstra que houve mudanças na prática dos profissionais e pelo menos um deles credita esta mudança ao curso de especialização. As **atividades educativas** destinadas aos grupos, por algum motivo não têm atraído muitas pessoas, mas continuam sendo realizadas. Percebe-se o esforço dos profissionais para envolver mais pessoas, realizam grupos dentro e fora da unidade, em outros espaços da comunidade e procuram desenvolver atividades grupais observando as características de cada grupo e, ainda que as tradicionais “sessões educativas de sala de espera” permaneçam, existem mudanças e inovações significativas nas ações educativas em si e no “movimento” que realizam para promover estas atividades. Buscam articulação com outras instituições e buscam alternativas para envolver mais pessoas, como já foi registrado na apresentação das evidências.

Outra evidência de que mudanças estão acontecendo é que outros temas, além dos tradicionais relacionados à prevenção de doenças, estão sendo abordados, como a questão da violência, da sexualidade e das drogas, os quais geralmente são abordados através de outras estratégias (como filmes) que facilitam a abordagem de temas tão delicados. Se, por um lado, como já sinalizamos, a abordagem e o olhar individual ainda é marcante, por outro, esse tipo de atividade demonstra, além de criatividade, envolvimento e compromisso, que de alguma forma os profissionais estão implicados com os problemas sociais de sua área.

Vale dizer que, com relação à condução desses trabalhos, o profissional médico participa, mas conduz menos que o enfermeiro. Dada a observação que não se trata de falta de envolvimento, nos parece mais uma vez que esta questão pode estar relacionada a aspectos históricos-sociais da formação dos profissionais. Para o enfermeiro, que sempre teve entre os conteúdos curriculares aspectos relacionados à educação, é mais fácil conduzir grupos que os médicos que estão aprendendo agora. Nesse particular, a incorporação das atividades educativas pelo profissional médico é, pelo próprio profissional, creditada ao curso de

especialização que realizou, especialmente porque escolheu, como trabalho de conclusão de curso, um problema que demandava intervenção educativa. Foi na prática que conseguiu objetivar conhecimentos da área de educação e comunicação. Isso reforça a importância de processos educativos que favorecem a articulação teoria-prática.

O trabalho no PSF, devido a suas características, de ser um processo de produção de ações e serviços de saúde que se realiza em equipe e, portanto, em interação com outros, situa-se num dado território social e historicamente determinado, envolvendo atividades assistenciais, educativas, gerenciais e comunicacionais. Assim, demanda a utilização de tecnologias materiais e não materiais, o que envolve, além de equipamentos, medicamentos e insumos, conhecimentos de vários campos do saber e o desenvolvimento de habilidades cognitivas e operacionais.

Com relação às tecnologias utilizadas no processo de trabalho, além dos conhecimentos da clínica e da epidemiologia, a realização das atividades no PSF exige um conhecimento do planejamento e gestão, para facilitar a organização e programação das atividades a serem realizadas na unidade e na área de abrangência. Sendo um trabalho que envolve vários profissionais, exige uma programação mais coletiva. Ainda nesta análise, percebemos que o fazer dos profissionais têm se pautado mais fortemente em conhecimentos da clínica, significando que, em sua maioria, ainda se pautam mais fortemente no atendimento individual. O planejamento, enquanto atividade e como instrumento de trabalho, também é parte das ações desenvolvidas pela equipe. É uma atividade compartilhada mensalmente por todas as equipes, e, a depender da dinâmica da análise dos dados, é refeito semanalmente, pelo menos por uma das equipes. Assim, podemos afirmar que, se o modelo de atenção ainda não foi completamente modificado, há claras evidências que práticas da vigilância da saúde também estão processualmente sendo incorporadas ao processo de trabalho de médicos e enfermeiros da unidade observada. No discurso da médica, houve um destaque quanto à exigência que o processo de trabalho no PSF tem quanto a ampliação de seus conhecimentos clínicos, ao tempo que reconhece a necessidade de usar outros conhecimentos.

De certa forma, comparando-se com o trabalho em unidades básicas tradicionais houve uma ampliação do objeto, das finalidades e, conseqüentemente, dos instrumentos de trabalho.

As **Relações de trabalho** se apresentam com certa complexidade, pela própria forma como se organiza o trabalho na estratégia Saúde da Família e pela complexidade inerente a qualquer organização de saúde. A dimensão interativa, a micropolítica do trabalho, parece ser a característica mais marcante nas práticas desses profissionais, envolvendo relações de

cooperação, estabelecimento de vínculos de confiança, contradições advindas da subjetividade de cada um, bem como contradições relativas às diferenças sociais e culturais dos profissionais que, nessa estratégia, convivem cerca de 8 horas diárias, o que exige uma comunicação permanente no interior da equipe, durante a realização de suas atividades e entre os profissionais e os usuários com os quais trabalham.

Por ser uma estratégia ainda em implantação, tem se desenvolvido com algumas relações de conflito com a equipe gestora do município, seja devido a questões infra-estruturais, a questões relativas ao controle ou gerenciamento do trabalho ou mesmo devido à falta de uma comunicação mais efetiva entre os trabalhadores e os gestores. Ainda que exista uma boa comunicação e interação entre os usuários e trabalhadores desta unidade e uma boa colaboração entre os profissionais, com relação à equipe gestora, há um certo tensionamento.

Conflitos, contradições e cooperação técnica fazem parte das relações de trabalho. Embora, no discurso, não se reconheça a existência de conflito entre os profissionais, na prática há evidências de que as relações não são tão harmoniosas e, na visão de alguns, exige controle. Por isso, alguns se mostraram favoráveis à utilização do relógio de ponto. Nesse particular, para outros tem sido um ponto de conflito e insatisfação com a equipe gestora.

Como a questão da autonomia é um aspecto importante para os profissionais e parece estar associada à possibilidade de tomar decisões, estes reconhecem que, no âmbito da unidade, têm tido poder de decisão, mas referem a falta de espaços de participação com relação às decisões que estão na esfera das políticas mais gerais. Consideramos que, se por um lado é importante preservar os espaços de decisão dos profissionais, por outro, a ausência de controle sobre as ações e serviços de saúde pode representar um risco para a satisfação das necessidades assistenciais de uma determinada coletividade - como foi o caso da implantação do acolhimento, já discutido anteriormente. Certas situações causam uma certa tensão entre a aspiração por autonomia dos profissionais e as decisões advindas de certas decisões políticas, ou oriundas de uma diretriz institucional. São interesses e responsabilidades distintas e, por mais que se criem espaços de participação, sempre vão ocorrer divergências.

Nesta questão, as possibilidades de ampliar o entendimento existem. Em certos conflitos observados, faltou uma ação mais comunicativa voltada ao entendimento, de modo que tanto a gestão como os profissionais pudessem equacionar a necessidade de controle gerencial das ações e serviços com algum nível de participação e liberdade técnico-profissional, necessários à realização do trabalho. Essa liberdade relativa favorece, a nosso ver, as possibilidades de ação para mudar as práticas e a satisfação necessária para que os profissionais sintam prazer em trabalhar. A idéia de autonomia, para os profissionais

estudados, se relaciona à idéia de valorização e conquista de espaço. Portanto, não seria algo dado, seria algo conquistado no próprio processo de trabalho, mas também seria uma possibilidade a ser construída pela gestão, imprimindo um gerenciamento mais comunicativo. E, para tanto, parece ser necessária uma qualificação do nível intermediário da gestão, o qual foi reconhecido por alguns como estando fragilizado, pela falta de gerentes preparados para esta tarefa, bem como pela insuficiência de profissionais ao nível do Distrito para se fazerem mais presentes nas unidades junto aos profissionais. Ainda que se reconheça que algumas normas e padronizações necessárias ao atendimento têm afetado e limitado a autonomia requerida pelos profissionais, muitas tensões teriam sido evitadas se houvesse maior envolvimento dos profissionais nas decisões e processo de implantação.

Apesar das contradições, conflitos e lacunas ainda existentes na Estratégia Saúde da Família, para um dos profissionais, não é mais possível reverter essa lógica, de coresponsabilidade e vínculo com um determinado território. A carga horária de 40 horas parece ser uma condição necessária para facilitar o acesso da população adscrita.

No que se refere à influência do processo educativo de médicos e enfermeiros do PSF na mudança no conteúdo, na forma de organização e nas relações estabelecidas no âmbito das práticas da equipe de saúde, vivenciado pelos sujeitos alvo deste estudo, podemos dizer que a finalidade de qualificar, clínica e epidemiologicamente, profissionais de Equipes de Saúde da Família, especificamente médicos e enfermeiros, para o atendimento individual e coletivo, numa perspectiva de implementação e fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, foi bem sucedida.

Os conhecimentos relativos ao SUS e a convivência com outras categorias, aspectos trabalhados durante o curso, contribuíram para uma melhor compreensão da lógica do sistema. Conseqüentemente, serviram como estímulo para realizar algumas inovações. Ainda que se reconheça não terem sido suficientes para mudar o modelo de atenção, já são suficientes para influenciar alguns profissionais para resignificarem sua prática e ampliarem o conjunto de ações que realizam.

O processo educativo vivenciado pelos sujeitos alvo deste estudo teve uma direcionalidade técnica e política, numa perspectiva de total implicação com as possibilidades de mudanças no âmbito do SUS ou mais especificamente da Estratégia de Saúde da Família, inclusive em aspectos do processo de trabalho dos participantes.

Com relação às possíveis relações entre a prática e o processo de gestão, podemos afirmar que o processo de trabalho das equipes de saúde da família no município estudado tem estreitas implicações com o atual processo de gestão da saúde a nível municipal, bem

como com as questões relacionadas ao gerenciamento do distrito sanitário do qual é parte e ainda com a forma de gerenciamento que se adotou a nível da unidade de saúde.

O desafio que o município vem enfrentando desde março de 2004 quando assumiu, tardiamente, a gestão plena do sistema municipal de saúde, influencia diretamente no trabalho das equipes. Este desafio envolve uma permanente articulação das propostas para o alcance dos objetivos constantes no Plano Municipal de Saúde (projeto de governo), que, por sua vez, devem estar relacionadas com as questões possíveis de serem controladas, bem como com as questões que não se consegue controlar no processo de governo. Ainda há que se observar a capacidade de condução ou direção do governo, a força que têm diante das resistências e obstáculos existentes na realidade política e social. Essa necessária articulação, associada à diversidade de problemas e dificuldades a serem enfrentadas, evidencia que a capacidade de gerir um sistema de saúde, ou mesmo de uma política pública, como tem se apresentado à estratégia Saúde da Família, envolve não apenas a capacidade do gestor e sua equipe de conduzir e dirigir o sistema ou o conjunto de ações e serviços de saúde. Envolve o poder que o gestor terá para realizar o projeto frente às resistências políticas, técnicas e sociais que este projeto enfrentará e que demanda a definição de uma agenda com propostas claras para o enfrentamento dos problemas já existentes e uma flexibilidade para enfrentar também aqueles que surgirem no processo, no próprio ato de governar.

Dentro dessa dinâmica, a atual gestão municipal adotou a estratégia de Saúde da Família como prioridade. Isto é colocado pelo gestor quando afirma que para outros setores da gestão municipal também existe esta clareza. Percebe-se na fala de outros atores da gestão a vontade de que esta estratégia se constitua numa força dinamizadora de mudanças para reorganização do “modelo de atenção”. Para outros, também existe esta clareza quando afirma que a questão da decisão política não é problema para o PSF, que é tomado como uma estratégia de reorganização da atenção básica. No entanto, ainda que seja uma proposta prioritária, o PSF enfrenta outros problemas de ordem organizacional ou operacional.

Considerando que a gestão plena municipal pode ser considerada ainda incipiente, é natural que enfrente problemas de organização do sistema, como a rede de referência. Mas, não podemos negar que isto afeta diretamente o trabalho das equipes e o nível de satisfação dos usuários.

Outro problema, de ordem mais geral, que afeta não só a governabilidade do sistema como também a micropolítica do trabalho, é a questão do financiamento das ações e serviços de saúde que deveriam ser compartilhado pelas três esferas de governo, mas que acabam pesando muito no orçamento municipal e isto afeta diretamente o bom desenvolvimento do

trabalho das equipes como reconhece o próprio gestor, que tenta utilizar de outros mecanismos para minimizar este problema que tem sido motivo de desgaste.

As dificuldades de financiamento, além de determinarem atraso no pagamento dos trabalhadores, afetam diretamente as condições e as relações de trabalho, visto que problemas no abastecimento com falta de insumos têm sido uma constante. A própria coordenação, reconhece que afeta diretamente o processo de trabalho das equipes. Sem uma solução imediata, questões infra-estruturais não só causam solução de continuidade nos cuidados prestados à população, como têm se configurado num dos motivos de conflito entre a equipe gestora e os trabalhadores. O próprio gestor identifica que a falta de insumos aliada a um conjunto de problemas encadeados dificultam ainda mais o complexo processo de gestão. Além do problema financeiro, existe o problema gerencial, a questão da qualificação de parte da equipe gestora e dos próprios trabalhadores que muitas vezes não fazem à previsão ou solicitação adequada de material. Mas a complexidade da questão é bem maior, envolvendo também a questão da prescrição, distribuição e controle dos medicamentos.

Problemas relacionados à estrutura de nossa sociedade, como o problema da pobreza que condiciona o desvio de medicamentos por parte de alguns usuários, e a questão da violência que atinge as grandes metrópoles também dificultam o gerenciamento das unidades de saúde. Dialética ou contraditoriamente, é na parceria, criando espaços de interação e ação comunicativa com outros setores da sociedade, que o gestor tenta encontrar a solução para o enfrentamento da violência que tem afetado o funcionamento de algumas unidades do PSF.

A questão da forma de supervisão, adotada pela gestão anterior e as estratégias gerenciais ou de acompanhamento adotadas pela gestão atual, retirando a supervisão contratada pela empresa responsável pela contratação de pessoal, e repassando essa atribuição para os Distritos, se por um lado constitui-se numa solução para recompor ou aumentar a governabilidade do sistema, por outro, implicou em mudanças no micro espaço de trabalho das unidades de saúde. Assim, em função de recompor parte da governabilidade, perdida na gestão anterior, a atual gestão tomou medidas que modificaram o acompanhamento das equipes. Pelas observações e depoimentos, contatamos que os Distritos ainda não têm reunido as condições necessárias para garantir o suporte para viabilizar as orientações e decisões voltadas para oferecer condições de trabalho aos profissionais, especialmente no que se refere ao abastecimento e ao acompanhamento mais sistematizado junto às equipes.

Por um problema de comunicação, os profissionais não entenderam e, como a supervisão ainda não foi substituída a contento, se mostram muito insatisfeitos com a falta de supervisão sistemática. A proposição apresentada pelo gestor, mostrando a existência de um

sério problema de comando e de gestão, com a forma que a gestão passada estruturou a supervisão, não chegou ao conhecimento da equipe observada. Os profissionais desconhecem que a “retirada” da supervisão foi, entre outros aspectos, uma decisão política para retomar a gestão pública, tal como recomenda os princípios do SUS. Por outro lado a função de realizar a supervisão, passada para o Distrito como forma de fortalecer a política de descentralização da Secretaria não está sendo eficaz, na medida em que o Distrito não possui técnicos quantitativa e qualitativamente preparados para realizar o acompanhamento necessário. Ainda que dados e observações, produzidos por Residentes que desenvolvem práticas no âmbito da SMS através da aplicação do instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ), indiquem que a supervisão, tal como era realizada anteriormente, não era uma estratégia de acompanhamento e gerenciamento tão eficiente, a necessidade de melhorar o acompanhamento das equipes permanece.

Assim, do ponto de vista da macro política da gestão, existe uma justificativa para essa mudança na forma de acompanhamento das equipes. Mas, considerando o cenário da micropolítica do trabalho das equipes, as quais desconhecem estas justificativas, para alguns profissionais a falta da supervisão não chega a atrapalhar o desenvolvimento do trabalho, é uma questão que sinaliza como uma gestão pode estar interferindo negativamente com as possibilidades de mudança nas práticas dos profissionais. Contudo, os profissionais expressam a falta na medida em que o distrito não tem atendido as expectativas. Não existindo alguém de referência para encaminhamento de questões relativas ao PSF, passa a impressão de que inexistem, por parte da equipe gestora, condução e avaliação do processo de trabalho, ficando os profissionais carentes de um acompanhamento e um suporte mais efetivo. A equipe gestora reconhece que este é um aspecto que precisa melhorar, mas demonstra firmeza quanto à estratégia adotada para fortalecimento dos Distritos.

Neste caso, dentre outros aspectos, o que chama a atenção, é a falta de comunicação entre a coordenação do PSF e de certo modo da equipe do distrito e os profissionais que atuam nas equipes. É mais uma questão percebida por membros da equipe gestora que se mostraram empenhados para, no processo, construir mecanismos que aproximem a coordenação das equipes, melhorando esta relação. Neste caso, cabe pensar em estratégias em que, na perspectiva habermasiana, se desenvolva um processo de ação comunicativa. Ainda que a questão da comunicação não tenha sido apontada como problema, observamos que aparece como pano de fundo de alguns conflitos entre a equipe gestora e os trabalhadores.

Vale dizer que, para as equipes produtoras de cuidados e de ações de saúde, o significado da supervisão não passava pela questão de poder ou governabilidade. Para eles,

era uma ponte, um canal de comunicação com a administração geral da Secretaria Municipal de Saúde, que foi interrompido. Se, por um lado, “resolveu” a questão de governabilidade, por outro, criou uma lacuna no processo de comunicação intra-institucional - o que, no nosso entendimento, pode ser equacionado com estratégias de comunicação e acompanhamento.

Ainda que muitos problemas já existissem e apenas se revelaram no momento que a supervisão deixou de existir, não minimiza-se a importância da supervisão como forma de acompanhamento mais pedagógico, mesmo porque os depoimentos da equipe gestora indicam que com a intenção de aumentar sua capacidade de governo, diminuir os problemas e as resistências em relação ao PSF, várias iniciativas já vêm sendo adotadas:

- as comissões gerenciais, que funcionavam de forma rotativa nas unidades do PSF, foram substituídas pela figura do gerente, o qual, além da possibilidade de solucionar o problema da supervisão tão valorizada pelos profissionais, vai melhorar a comunicação entre os trabalhadores e a gestão;
- investimentos em capacitação, envolvendo, inclusive, uma estreita articulação com a universidade, utilizando-se de consultorias ou de ações de integração ensino-serviço;
- investimento na qualificação, para melhor compreensão da estratégia adotada pelo município, através de cursos introdutórios (vale reforçar que, apesar dos conflitos e resistências, o esforço que a gestão tem feito para qualificar seus quadros é reconhecido pelos profissionais);
- desencadeamento de um processo de participação ampla para construção do Plano Municipal de Saúde enquanto expressão das políticas, ainda que a participação nesses processos continue sendo uma aspiração dos profissionais investigados.

A complexidade do processo de gestão no âmbito da saúde permite que consideremos, além da questão da governabilidade, do projeto e da capacidade de governo, outros aspectos que influenciam o processo decisório. No caso, aspectos relativos à história, à formação e às questões que o gestor considera para tomada de decisão vão influenciar direta ou indiretamente não só na ampliação da estratégia de saúde da família como no próprio processo de trabalho das equipes.

Como podemos observar, a questão dos limites financeiros, as questões legais, aspectos técnicos e políticos e a busca do alcance dos objetivos são aspectos que determinam ou limitam a tomada de decisão. Mesmo havendo espaço para consultas, escutas e ampliação do debate, fica claro que a responsabilidade final é do gestor. Assim, num processo de gestão, outros aspectos relacionados à história, ao perfil, à capacidade do gestor enquanto principal

implicado no processo de decisão vão influenciar também as várias dimensões e aspectos do gerenciamento das equipes e de seu processo de trabalho.

Considerando-se a gestão enquanto uma prática social, sua análise envolve, além de aspectos políticos, institucionais e organizacionais, outros que se relacionam ao perfil, comportamento e subjetividade dos sujeitos que compõem a equipe gestora. Por outro lado, nessa dinâmica organizacional da instituição, associada ao contexto macroestrutural, existe ainda a micropolítica do trabalho que envolve as relações que se estabelecem a nível das unidades de saúde para produção das ações e atividades de saúde, já que este aspecto relacional é parte constitutiva do processo de trabalho em saúde. Estarão também recortadas pela história, pelo perfil, e subjetividades de cada um dos trabalhadores que compõem as equipes de saúde da família.

Podemos dizer ainda que investimentos em processos de qualificação profissional não poderão contribuir efetivamente para as mudanças ao nível dos modelos de atenção se não houver uma política de gestão que possa, ao mesmo tempo, investir em processos educativos de formação, capacitação ou qualificação para o trabalho e garantir a infraestrutura necessária para qualidade das ações e serviços de saúde.

8 - Considerações Finais

Queremos registrar que este estudo talvez não tenha ficado como gostaria, mas foi o que as condições concretas de produção permitiram. Apesar dos limites e falhas nele existentes constitui-se num produto de superação e avanço da autora.

Em nossa dissertação de mestrado creditamos um poder às ações educativas e às abordagens pedagógicas. O professor Jairnilson Paim, que participou da banca, entre outros aspectos, nos chamou a atenção que para além das pedagogias ou abordagens problematizadoras, existia a determinação social da práticas. Hoje, depois de muitas leituras, da realização de inúmeros trabalhos educativos, de duas experiências na gestão de Secretarias Municipais de Saúde (Amargosa 1997-1998 e Alagoinhas 2001) reconhecemos os limites da ação educativa, mas enxergamos suas potencialidades, sem contudo super-valorizá-las. Sabemos também, pela vivência e pelos resultados do presente estudo, que sem a participação ativa da gestão as possibilidades de mudanças ficam ainda menores.

Este estudo nos mostrou que ao lado de outras variáveis, processos educativos estrategicamente e intencionalmente planejados são de fundamental importância para fortalecer as possibilidades de mudanças no perfil e nas práticas dos profissionais.

Práticas que nada mais são que a objetivação dos sujeitos situados histórico e socialmente num determinado tempo e lugar. Práticas, enquanto processo produtivo que se realiza sob determinadas relações sociais, mas que também é processo interativo entre sujeitos que só existe no próprio “trabalho vivo em ato” (MERHY, 1997) e sendo assim, algumas possibilidades de mudanças só poderão ocorrer em processos educativos implicados pedagogicamente com a práxis ou ainda através de uma “pedagogia da implicação” (MERHY, 2005).

O contato direto com a realidade de uma unidade de saúde, não garante uma fiel apreensão de todas as práticas dos profissionais que ali desenvolvem e vivenciam um processo de trabalho. As representações ou evidências, no entanto possibilitaram uma aproximação dessa realidade, através da análise pela qual buscamos conhecer o objeto de estudo no conjunto de suas propriedades, um pouco das múltiplas determinações com toda sua complexidade.

Ao reconhecer os limites de um curso de qualificação profissional para dinamizar as mudanças necessárias nas práticas de saúde, queremos, por outro lado, dizer que o processo educativo não pode ser eliminado ou desconsiderado, quando se trata do desenvolvimento de

“recursos humanos” na área da saúde. Processos educativos constituem-se numa das condições, através das quais, os trabalhadores adquirem certos atributos fundamentais para vivenciarem, participarem e se implicarem no processo histórico social, no âmbito da saúde.

A dinâmica apropriação-objetivação de conhecimentos e práticas, que qualquer processo de mudança requer, ocorre sob condições históricas, que não estão dadas, são construídas e instituídas no próprio processo histórico, por todos que estejam aí inseridos e, no caso da saúde, envolve os trabalhadores, os gestores, os responsáveis por processos de formação e qualificação formais, na área de saúde e para completar o “quadrilátero” de que nos fala CECCIM (2005) os próprios usuários que com suas demandas, reforçam esta ou aquela atividade.

A inserção dos trabalhadores nesse processo de mudança, só poderá ocorrer se ele consegue, entre outros aspectos, objetivar em sua prática atividades e conhecimentos, já produzidos. E as mudanças só vão ocorrer se houver implicação dos gestores para atuarem no sentido de produzirem no âmbito da organização e estruturação dos serviços as condições necessárias para efetivação das mudanças.

É uma prática, contornada ou limitada pelas condições materiais do trabalho que ele objetiva em seu fazer e seu pensar numa interdependência dinâmica onde o que está no plano da idéias, de sua subjetividade, se objetiva no seu fazer, em sua práxis. Práxis que se manifesta na atividade objetiva dos profissionais e na subjetividade produzida intersubjetivamente. Práxis, que trás a idéia de que a prática não é a prática em si, isolada do que o sujeito que a realiza, pensa ou concebe. É o que ele objetiva em sua socialidade, de forma consciente, usando sua autonomia ou liberdade de agir e pensar. Essa liberdade, esse poder de decidir sobre o que faz, é parte do trabalho humano, da práxis ou da sua práxis.

Os trabalhadores, portanto, ao realizarem uma prática, realizam da forma que a concebem e porque têm liberdade para realizá-la, da forma como sabem, como a concebem, antes mesmo de realizá-la. Assim, nas atividades que realizam eles expressam a objetivação de seu saber fazer e a subjetividade do que pensam e sentem.

Na práxis, estão dialeticamente envolvidos, o que fazem, para que fazem e como fazem. *O que fazem* está condicionado pelas condições objetivas que dispõem para realizar; *para que fazem* relaciona-se com as necessidades que emanam da organização social, histórica e política do tempo e lugar onde vive e trabalha e das pessoas aí inseridas; *como fazem* é pautado pelo que sabem e pensam. Ou seja, na práxis estão incluídas as condições materiais situadas no meio social e as condições subjetivas situadas no âmbito da subjetividade de quem a realiza. A práxis é a um só tempo, a objetivação e subjetivação de

quem a realiza e só existe no trabalho vivo em ato, assim, ainda que as práticas sejam partes de uma totalidade complexa que as determinam, é na micropolítica do trabalho vivo que elas acontecem e se objetivam. Acreditamos que é possível através da práxis, transformar uma idéia em prática, e através da abstração transformar a prática em idéias. Assim, com base nas objetivações de determinadas práticas, pode-se construir boas idéias para mudar as práticas, e, com algumas das idéias pode-se operar para mudar certas práticas.

Por outro lado, se não existe clareza do que fazer, para que fazer e como fazer, o trabalho pode se tornar uma prática alienada. Em nosso caso, a falta de compreensão das políticas de saúde e das finalidades das ações e serviços, por exemplo, pode levar os trabalhadores a realizarem uma prática “alienada”, desprovida de sentido, ou no mínimo, descolada dos objetivos que se pretende alcançar, uma prática isolada, que, individualmente, pode ser tecnicamente correta, qualitativamente bem avaliada pelos usuários, mas sem o alcance coletivo que precisam ter, para terem significado e atenderem as necessidades assistenciais de uma determinada coletividade. Os processos educativos, que tomam o trabalho como fio condutor, que possibilitam aos trabalhadores a refletirem sobre suas práticas, podem se constituir em espaços de resignificação de conceitos e práticas.

Nesse sentido, espaços de interseção entre trabalhadores que realizam as ações e serviços, e os gestores que formulam e têm a responsabilidade de conduzir as políticas de saúde, precisam ser construídos, pois se são as políticas que dão direcionalidade político-social aos serviços, é na micropolítica do trabalho vivo, que essas políticas podem se concretizar em práxis. A possibilidade de entendimento entre o que está pensado como política, e o que se realiza objetivamente, só poderá ocorrer mediante o encontro desses dois pólos. Desse modo, uma ação comunicativa em busca de um entendimento precisa ser desenvolvida enquanto estratégia de gestão, como estratégia de comunicação entre gestores e trabalhadores ou mesmo como ação política de democratização das relações sociais entre os vários processos de trabalho do campo da saúde.

Finalmente, queremos registrar que o contato mais próximo com o processo de trabalho dos profissionais de equipes de saúde da família possibilitou observar a existência de diferentes práticas, consubstanciadas as diversas abordagens ou propostas para reorganização dos modelos de atenção à saúde de modo que concordamos com TEIXEIRA (2002), quando diz que nenhuma das propostas poderá sozinha dar conta da complexidade que envolve a problemática dos modelos de atenção. Se quisermos ser dinamizadores de mudanças, temos que, do lugar de onde estivermos, nos colocarmos em situação de implicação, comprometidos e atentos para desatar nós e criar laços de possibilidades e esperança.

9 - Referências Bibliográficas

- AGUIAR NETO, Z. e SOARES, C. B. A qualificação dos atendentes de enfermagem: transformações no trabalho e na vida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, jul./ago. 2004, vol.12, nº. 4, 614-622.
- ALMEIDA FILHO, 2000. *A Ciência da Saúde São Paulo*, Ed. HUCITEC.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (1):63-72, 2001.
- BISCARDE, D. G. dos S., A prática da Enfermeira no programa de saúde da família: um olhar sobre a dimensão subjetiva e relacional. Dissertação de mestrado ISC/UFBA Salvador Ba 2005 139p.
- BOUFLEUER, J. P. 1991 *Pedagogia Latino Americana Freire e Dussel- Injuí*, UNIJUÍ Ed..
- BOUFLEUER, J. P. 1998, *Pedagogia da Ação Comunicativa: uma leitura de Habermas*, Injuí, Ed, UNIJUÍ.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Capacitação Pedagógica para Instrutor/Supervisor-Área da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS: NOB/SUS - 01/96*. Diário Oficial da União de 06/11/96, Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL, Câmara dos Deputados. *Constituição de 1988*. 17. ed. Atualizada em 2001, Brasília, 2001a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM no. 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.*
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Guia prático do programa de saúde da família Brasília*, Ministério da Saúde, 2001c.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *NOAS-SUS 01/02 – Brasília*, Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A Produção sobre Saúde da Família*. MS, Brasília, 2003.

- BRUYNE, P. de; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. de. Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro, F. Alves Editora, s.d.
- BUSS, P. M. Promoção e Educação em Saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. Cad. Saúde Pública, vol. 15 (sup. 2) , Rio de Janeiro, 1999.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva 2003; 8(2): 569-584.
- CAMPOS, R. O. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. Cad. Saúde pública, 16(4):1021-1031. 2000.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Ver Interface-Comunicação, Saúde, Educação v. 9, n. 16, Botucatu set/fev, 2005.
- CECILIO, L. C. de O., Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública, vol. 13, n.3, Rio de Janeiro July/Sept. 1997.
- COELHO, T. C. B. O processo de gestão em uma Instituição Hipercomplexa do Sistema Único de Saúde. Tese Doutorado. ISC/UFBA, 2001: 168-188
- COHN, G. A teoria da Ação em Habermas. In: CARVALHO, M. C. B de (org.) Teorias da Ação em Debate. Cortez /FABESP. São Paulo 1993.
- DONANNGELO, M. C. F. & PEREIRA, L Saúde e Sociedade. 2ª edição. São Paulo, Duas cidades 1979.
- DUARTE, N. Educação Escolar, teoria do cotidiano e a Escola de Vigotsky. Campinas São Paulo, Atores Associados, 2001.
- DICK, J., Rose E., ZWARNSTEIN M., & VAN DER WALT H. (2004) Changing professional practice In tuberculosis care: an educational intervention. Journal of Advanced Nursing 48(5), 434-442
- FACCI, Marilda Gonçalves Dias. A periodização do desenvolvimento psicológico individual na perspectiva de Leontiev, Elkonin e Vigostski. Cad. CEDES. Campinas, v. 24, n. 62, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622004000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 Abr 2007. Pré-publicação.
- FERLIE, EVAN & et al. A nova administração pública em ação. Trad. Sara Rejanede F. Oliveira; Revisão Técnica: Tomás de A. Guimarães- Brasília: Ed. Universidade de Brasília: ENAP 1999. 468p.

- FERNANDES, A. S & MUNIZ, R. Saúde da Família e o desafio da Organização da Atenção Básica. Ver. Conasems mar/abr Ano II nº 16 2006.
- FONTOURA, M. S. Trabalho como Princípio Educativo e sua Relação com a Implementação do SUS. (Dissertação de Mestrado) FAGED-UFBA , Salvador 1996.
- FRANCO, A. L. e S. A Relação Médico-Paciente no Contexto do Programa de Saúde da Família Um Estudo Observacional em Três Municípios Baianos. Tese doutorado. 182p. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - SAÚDE COLETIVA
- FREIRE, P. Educação e Mudança. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1979.
- FREIRE, P. Educação Cultural para a Liberdade. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1984.
- FREIRE, P. & SHOR, I. Medo e Ousadia: o cotidiano do professor. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1986.
- GALLO, E.; VITSMAN, J.; CAMPOS FILHO; CLARET, A. 1996, Gestão Inovadora e Cultura Organizacional. In.COSTA, N. do R. & RIBEIRO J. M. (orgs) – Política de Saúde e Inovação Institucional. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional ENSP.
- GARCIA, J. C. Medicina e Sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. IN: NUNES, E. D. Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo Global Ed. 1983: 95-132.
- GERSCHMAN, S. A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.
- GIROUX, H. Pedagogia Radical: Subsídios. São Paulo, Cortez, 1983.
- GONÇALVES, R. B. M. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo, Hucitec/Abrasco. 1994.
- GRAMSCI, A. Os Intelectuais e a Organização da Cultura. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1991.
- GUATARRI, F. & ROLNIK, S. , Micropolítica do Desejo. Editora Vozes, Petrópolis, Rio de Janeiro, 1993. (cap.II)
- HEIDEGGER, M., Ser e Tempo – Parte I. Editora Vozes, Petrópolis, 2000.
- JUNQUILHO, G. S. Gestão e ação gerencial nas organizações contemporâneas: para além do "folclore" e o "fato". Gest. Prod. [online]. dez. 2001, vol.8, no.3 [citado 02 Janeiro 2006], p. 304-318. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. ISSN 0104-530X.

- LEITE, J. C. A., O trabalho da Enfermeira na equipe de saúde da família: Em busca da interdisciplinaridade Dissertação de Mestrado-Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001. 334p
- LESSA, G. M. A atuação da enfermeira nas equipes do Programa de Saúde da Família no estado da Bahia. Tese de Doutorado 167p.. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – ENFERMAGEM. 2004
- LUDKE, M. & ANDRÉ, M. E. D. A. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU, 1986.
- LUCCHESI, G. Burocracia e Políticas de Saúde: arena ou ator? In: TEXEIRA, S.F. (org.) Reforma Sanitária, em busca de uma teoria. Cortez Editora/ABRASCO, 1989: 157-179
- MANACORDA, M. A. Marx e a Pedagogia Moderna. São Paulo, Cortez/Autores Associados, 1991.
- MANDELLI, M. J. A gerência dos meios de produção na unidade da rede básica de saúde: um enfoque integrado da administração de materiais, serviços gerais e orçamentária – financeira. In: OPAS/OMS, Desenvolvimento Gerencial de Unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília 1997
- MARX, K. & ENGELS, F. A Ideologia Alemã, São Paulo, Moraes, 1984.
- MARX, K. & ENGELS, F. Obras escolhidas, v. 3, São Paulo, Editora Alfa-Omega, S/D.
- MATUS, Carlos, Política, Planejamento & Governo. Tomo I. Brasília IPEA; 1993.
- MAXIMIANO, A C. O papel do gerente. In: Maximiano, A. C. Teoria Geral da Administração. São Paulo: Atlas, 2001: 52-81
- MEDINA, M. G & AQUINO, R. Avaliando o programa de saúde da família. In: SOUZA, M. F. Os sinais vermelhos do PSF Ed. Hucitec São Paulo 2002.
- MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80. In: MENDES, E. V. (org.) Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. HUCITEC - ABRASCO, São Paulo, 1994.
- MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E.V. (org.) A organização da saúde no nível local. HUCITEC, São Paulo, 1998.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde e Tecnologia: contribuição para a reflexão teórica. São Paulo, 1988.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades – São Paulo: CEFOR, 1992. (Cadernos CEFOR, Texto 1)

- MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O. & NOGUEIRA, F. R. C. Por um modelo técnico assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. *Saúde e Debate*, nº 33, p. 83-89, 1991.
- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde. In: CECILIO, L. C. O. (org) *Inventando a mudança na saúde*. Ed. HUCITEC São Paulo p.117 a 160), 1994.
- 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 / Buenos Aires, Hucitec / Lugar, 1997.
- MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M. E.; SANTOS, C. M.; RODRIGUES, R. A.; OLIVEIRA, P. C. P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo / Buenos Aires, Hucitec / Lugar, 1997.
- MERHY, E. E. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. *Rev. Interface* nº 9 2001 (www.interface.org.br/revista9/debates3.pdf)
- MERHY, E. E. & FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leve. Apontando mudanças para modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p.316-323, set-dez. 2003.
- MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface* (Botucatu). Botucatu, v. 9, n. 16, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 Fev 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S1414-32832005000100015
- MINAYO, M. C. S O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO 1993.
- MINTZBERG, H. A burocracia profissional. In: *Criando Organizações Eficazes: Estruturas em Cinco Configurações*. São Paulo: Atlas, 1995: 189-212.
- MORIN, E. Por uma Reforma do Pensamento In: PENA-VEJA & NASCIMENTO, O Pensar Complexo – Edgar Morin e a Crise da Modernidade – Rio de Janeiro, Ed. Garamond. P. 21-34. 1999.

- NASCIMENTO, Maristella Santos & NASCIMENTO, Maria Ângela Alves do Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde *Ciênc. saúde coletiva*, Apr. /June 2005, vol.10, no.2, p. 333-345.
- NUNES, C. A. A formação em saúde coletiva e as práticas de saúde em programas comunitários. Dissertação de Mestrado ISC/UFBA Nov, 1999
- OLIVEIRA, B. O trabalho educativo: reflexões sobre paradigmas e problemas do pensamento pedagógico brasileiro – Campinas, SP Autores Associados, 1996.
- OPAS – Metodologia para análises funcionais da Gestão de Sistemas e Redes de serviços de Saúde no Brasil, Conceição^a P. Resende, Maria P. Barcala Peixoto – Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.
- PAIM, J. S. Marco de referência para um Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva. *Educ. Med.*, Rio de Janeiro, 17 (3): 1 – 44 1993 a.
- PAIM, J. S. Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo, USP, 1994 a.
- PAIM, J. S. A 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. HUCITEC-ABRASCO, São Paulo – Rio de Janeiro, p. 187-20, 1994 b.
- PAIM, J. S. Políticas de descentralização e Atenção Primária à Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z. & ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 5^a ed. Rio de Janeiro, MEDSI, 1999 a.
- PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z. & Almeida Filho, N. M. *Epidemiologia & Saúde*. 5^a ed. Rio de Janeiro MEDSI, p.473-487, 1999 b.
- PAIM, J. S. Estratégias para integração multidisciplinar e multiprofissional na prática de saúde. In: PAIM, J.S. *Saúde Política e Reforma Sanitária*. ISC/Ufba, Salvador-Ba (p. 231-240), 2002a.
- PAIM, J. S. *Saúde: Política e reforma sanitária*. Salvador, ISC, 2002 b.
- PAIM, J. S. A Saúde Coletiva e os desafios da prática. In: PAIM, J. S. *Saúde Política e Reforma Sanitária*. ISC/Ufba, Salvador-Ba. (p.163-190), 2002 c.
- PAIM, J. S. Processo de trabalho e Saúde Coletiva. In: PAIM, J. S. *Saúde Política e Reforma Sanitária*. ISC/Ufba, Salvador-Ba (p.261-266), 2002 d.

- PAIM, J. S. Organização em Serviços de Saúde: Modelos Assistenciais e Práticas de Saúde
In: PAIM, J. S. Saúde Política e Reforma Sanitária Salvador-Ba (p.325-348), 2002 e.
- PAIM, J. S. Por um Planejamento das Práticas. In: PAIM, J. S. Saúde Política e Reforma Sanitária. ISC/Ufba, Salvador-Ba (p.349-360), 2002 f.
- PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da Saúde. IN: PAIM, J. S. Saúde Política e Reforma Sanitária. ISC/Ufba. Salvador, (p. 367-382), 2002 g.
- PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas? In: PAIM, J.S. Saúde Política e Reforma Sanitária. ISC/Ufba, Salvador-Ba (p. 361-366), 2002 h.
- PAIM, J. S. A Vigilância da Saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para promoção da Saúde. IN: CZERESNIA, D. (org.) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, (p.161-174), 2003.
- PAIM, J. S. Atenção à Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil – Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2004: 15-44.
- PAIM, J. S. Apresentação. Interface vol.9 nº 16, Botucatu, 2005.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. 2000, A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva, Salvador, Casa da Qualidade, 2000.
- PAIM, J. S., Burocracia e aparato estatal: implicações para a planificação e implementação de políticas de saúde. In: Saúde Política e Reforma Sanitária. Salvador, Ba 2002 p.149-162, 2002.
- PEDROSA, J. I. dos S. e TELES, J. B. M.. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública, jun. 2001, vol.35, no.3, p.303-311.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, fev. 2001, vol.35, no.1, p.103-109.
- PEDUZZI, Marina et al . Qualidade no desempenho de técnicas dos trabalhadores de enfermagem de nível médio. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 40, n. 5, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000600014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 Abr 2007. Pré-publicação.
- PULASKI, M. A. S. Compreendendo Piaget – Uma Introdução ao Desenvolvimento Cognitivo da Criança. Rio de Janeiro, 1986.
- RAMOZZI-CHIAROTINO, Z. Psicologia e Epistemologia Genética de Jean Piaget. São Paulo, EPU 1988.

- REGO, Teresa Cristina Vigotski: uma perspectiva histórico-cultural da educação. Petrópolis – RJ; vozes, 1995.
- RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Caderno Saúde Pública 2004; 20 (2):
- RIVERA, F. J. U.. Agir comunicativo e planejamento social (Uma Crítica ao Enfoque Estratégico). Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.
- ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latinoam.Enfermagem;13(6):1027-1034, nov.-dez. 2005.
- SAVIANI, D. Sobre a Concepção de Politecnia. Min. da Saúde/FIOCRUZ, Rio
- SCHRAIBER, L. B. Educação Médica e Capitalismo: Um Estudo das Relações Educação e Prática Médica na Ordem Social Capitalista, São Paulo, HUCITEC, 1989.
- SCHRAIBER, L. B. (org) Programação em Saúde Hoje, Saúde em Debate – série didática São Paulo HUCITEC, 1990.
- SCHRAIBER, L. B. O médico e seu trabalho. Limites da liberdade, São Paulo, Hucitec, 1993,.
- SCHRAIBER, L. B. O Trabalho Médico: questões acerca da autonomia profissional, Cadernos de Saúde Pública 11(1): 57-64, 1995 a.
- SCHRAIBER, L. B. Políticas Públicas e Planejamento nas Práticas de Saúde, Saúde em Debate 47 : 28-35, 1995 b.
- SCHRAIBER, L.B. desafios históricos ver salud: lo individual y lo colectivo ver los modelos de trabajo y asistencia, Cuadernos Médico Sociales 72: 47-60, 1995 c.
- SCHRAIBER, L.B. e Mendes-Gonçalves, R.B. Necessidades de Saúde e Atenção Primária IN Schraiber, L.B.; Nemes, M.I.B.; Mendes-Gonçalves, R.B.- Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica, São Paulo, Hucitec, pp. 20-46 (Programa Editorial da Faculdade de Medicina da USP/PROGRED n.4), 1996.
- SCHRAIBER, L.B. e NEMES, M.I.B. Processo de trabalho e avaliação de serviços de saúde, CADERNOS FUNDAP 19: 106-121, 1996.
- SELLITTO, M. A. Processos de pensamento da TOC como alternativa sistêmica de análise organizacional: uma aplicação em saúde pública Ver. Gestão & Produção v. 12 n. 1 São Carlos Jan/abr. 2005
- SENGE, P. M. A Quinta Disciplina- Arte e Prática da Organização que Aprende. São Paulo: Ed Best Seller , 2003 p. 369-387.

- SILVA JUNIOR, A. G. da Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva. HUCITEC, São Paulo, 1998.
- SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 30, n.02, 2006, p. 332-348.
- SOUZA, E. S. Quando o Ensino Acadêmico se Converte no Espaço do Conhecimento Interessado: O Trabalho Educativo em Saúde Bucal Coletiva. Tese (doutorado). Campinas São Paulo, 2002.
- TEIXEIRA, C. F. Formação de Recursos Humanos para o SUS. Desafios na Perspectiva da Mudança do Modelo de Gestão e Atenção à Saúde. Saúde em Debate nº 41, 1993 p.21-23.
- TEIXEIRA, C. F. O Futuro da Prevenção, Salvador-Ba, Casa da Qualidade Editora, 2001.
- TEIXEIRA C. F. Modelos de Atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: _____. (org) Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: CEPS – ISC; 2002. p. 79-99.
- TEIXEIRA C. F. A mudança no modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Saúde em Debate; 27: 257-277, 2003 a.
- TEIXEIRA, C. F. O SUS e a Vigilância em Saúde, Rio de Janeiro – FIOCRUZ, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio,. 60p.: il. – (Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde), 2003 b.
- TEIXEIRA C. F. Saúde da Família, Promoção e Vigilância: construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS. Revista Brasileira de Saúde da Família 2004; 7: 10-23.
- TEIXEIRA, C. F. & PINTO, A Formação de Pessoal em Vigilância à Saúde – Informe Epidemiológico do SUS, Nov/Dez. p. 5-21. 1993.
- TEIXEIRA, C. F. & SOLLA, J. J. S. P. Modelo de Atenção à Saúde no SUS: Trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N. T., GERSCHMAN, S., EDLER, F. C. e SUÁREZ, J. M. (Orgs.). Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. ABRASCO / OPS / OMS, Rio de Janeiro, 2005.
- TESTA, M. Pensamento Estratégico e lógica de Programação: Ocaso da Saúde. HUCITEC – ABRASCO, São Paulo – Rio de Janeiro 1995.
- TESTA, M. Analisis de Instituciones Hipercomplexas. In: MERHY & ONOCKO, R. Agir em Saúde: um desafio para o público. Hucitec: São Paulo-Lugar Editorial: Buenos Aires, 1997: 17-70
- TESTA, M. Saber em Salud – La construcción del conocimiento Buenos Aires, Lugar Editorial, 1997.

- URIBE-RIVERA, F.J. & ARTMANN E. Planejamento e gestão em Saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. Ver. Ciência & Saúde Coletiva v. 4 n.2 1999: 355-365
- URIBE-RIVERA, F.J. Agir Comunicativo e Planejamento Social – Uma crítica ao Enfoque Estratégico. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995. 253P.
- URIBE-RIVERA, F.J. Comunicação e negociação gerencial. In: URIBE-RIVERA. Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003: 219-244.
- VYGOTSKY, L. S. A Formação Social da Mente. São Paulo, Martins Fontes, 1984.
- VYGOTSKY, L. S. Obras Escogidas II. Madri, Centro de Publicaciones del M.E.C. y Visor Distribuciones, 1993.
- WEICHERT, M. A. Saúde e Federação na Constituição Brasileira. Lúmen Júris, Rio de Janeiro, 2004.