

ZELIONARA PEREIRA BRANCO

**ELEMENTOS SOCIOAMBIENTAIS CONSTITUTIVOS DO
ACOLHIMENTO NO PROCESSO DE TRABALHO
EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Rio Grande
2005

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ELEMENTOS SOCIOAMBIENTAIS CONSTITUTIVOS
DO ACOLHIMENTO NO PROCESSO DE TRABALHO
EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ZELIONARA PEREIRA BRANCO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Organização do Trabalho em Enfermagem/Saúde.

Orientadora: Profª. Drª. Marta Regina Cezar Vaz

Rio Grande
2005

Ficha catalográfica

--

ELEMENTOS SOCIOAMBIENTAIS CONSTITUTIVOS DO ACOLHIMENTO NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

Zelionara Pereira Branco

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de:

Mestre em Enfermagem

e aprovada em sua forma final em 31 de março de 2005, atendendo normas vigentes da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.

Prof^ª. Dr^a. Marta Regina Cezar Vaz – Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Marta Regina Cezar Vaz
Presidente – FURG

Dra. Marta Júlia Marques
Membro – UFRGS

Dr. Airton Tetelbom Stein
Membro – FFFCMPA E GHC

Dr. Aloísio Rucheinsky
Membro – FURG

Raul Andrés Mendonza Sassi
Suplente – FURG

Dedicatória

Dedico este trabalho a minha família, em especial meus filhos Ricardo e Thais e meu esposo Toninho, pelo incentivo e companheirismo em todas as horas.

AGRADECIMENTOS

Neste momento é preciso lembrar de todos aqueles que foram importantes na construção deste projeto de vida e que contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional.

Aos meus grandes amigos Prof. Romeu Selistre Sobrinho e Dioneli Fonseca que foram parceiros e essenciais colaboradores para a concretização deste e de muitos outros sonhos.

À Secretaria Municipal da Saúde do Rio Grande pelo reconhecimento e valorização desta trajetória.

À Profª Drª Marta Regina Cezar Vaz, minha orientadora, a quem dedico respeito e admiração.

Aos membros da banca pela disponibilidade em contribuir com suas experiências e saberes.

RESUMO

BRANCO, Zelionara Pereira. Elementos Socioambientais Constitutivos do Acolhimento no Processo de Trabalho em Saúde da Família. 2005. 151 folhas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Este estudo tem como objeto à identificação de elementos socioambientais que compõe o acolhimento no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, na região sul do Estado do Rio Grande do Sul. O entendimento dos elementos socioambientais ocorreu por meio da racionalidade ambiental de Leff (1993,2001) constituída por quatro esferas de racionalidades; a substantiva; a teórica; a instrumental e a cultural. Neste enfoque a racionalidade ambiental é entendida como uma forma organizada de definir novos valores e significados para o processo de produção de saúde, que utilizada como ferramenta conceitual propiciou a identificação dos elementos presentes no acolhimento. As principais referências teóricas abrangem as temáticas: acolhimento, visualizando este conceito por meio do processo de trabalho; o programa saúde da família, como política pública de reorganização das ações em saúde e o processo de trabalho da estratégia Saúde da Família, permitindo caracterizar o contexto coletivo do trabalho em saúde. O grupo de estudo foi obtido através de critérios de seleção que consideraram: tempo de atuação no programa; cobertura populacional; localização do município em relação ao município sede da regional e a forma de gestão em saúde segundo a NOAS/2002. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada. Foram entrevistados vinte e sete participantes, trabalhadores das equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) em sete municípios da Terceira Coordenadoria Estadual de Saúde/RS. Através de uma proposta de análise qualitativa, com abordagem dialética, foi possível visualizar o processo de trabalho das equipes de saúde da família e identificar os principais elementos socioambientais presentes neste processo. Foram utilizadas duas categorias de análise: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família e os Elementos Constitutivos do Acolhimento na estratégia saúde da família. Na primeira categoria identificou-se por meio dos sujeitos do trabalho as ações desenvolvidas por cada categoria profissional, destacando-se as atividades individuais, coletivas e administrativas. Como instrumentos utilizados destacaram-se a clínica ampliada, a visita domiciliária e a educação em saúde com o propósito de apreender o objeto sujeito/coletivo da ação produzida. No trabalho da equipe foi possível identificar como instrumentos a interdisciplinaridade e a interação da equipe, permitindo o desenvolvimento de um trabalho coletivo, que se mostrou em efetiva construção, numa relação de aproximação e compromisso que ocorre por meio do acolhimento e vínculo. Identificou-se três elementos socioambientais constituindo o acolhimento no processo de trabalho das equipes: a participação popular constituída pela racionalidade cultural promovendo a aproximação equipe/comunidade; a gestão do processo de trabalho e a co-responsabilização em aproximação a racionalidade instrumental, desenvolvendo instrumentos essenciais (planejamento, referência e contra-referência e a intersetorialidade) para a continuidade e integralidade da atenção; e o vínculo como elemento socioambiental relacionado à racionalidade teórica, que surge como novo valor, fundamentado em novas práticas e significados para o processo de trabalho. Pode-se concluir assim, que o acolhimento caracterizou-se como um processo instrumental que possibilita direcionar as ações de saúde, contemplando os princípios do Sistema Único de Saúde, contribuindo de forma efetiva para a consolidação do Programa Saúde da Família.

Descritores: saúde pública; saúde da família ; serviços básicos de saúde; ambiente; acolhimento.

ABSTRACT

BRANCO, Zelionara Pereira. Social-Environmental Elements of Embrace in the Family Health Work Process. 2005. 151 folhas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

The objective of the present study is to identify the social-environmental elements that comprise embrace in the work process of the Family Health staff, in southern Rio Grande do Sul state. The understanding of social-environmental elements was conducted based on Leff's environmental rationality (1993, 2001), constituted of four rationality spheres: substantive; theoretical; instrumental; and cultural. In this approach, environmental rationality is understood as an organized way to define new values and meanings for the health production process. Used as a conceptual tool, it has provided the identification of elements present in embrace. The main theoretical tools encompass topics such as embrace, seeing such concept through the work process; the family health program, as a public policy for reorganizing health actions; and the work process of the family health strategy, allowing for the collective context of the health work to be characterized. The study group was formed through selection criteria considering: time of work in the program; populational coverage; town location relative to the city where the regional district office is located; and the health management form according to NOAS/2002. Data were collected through semi-structured interview. Twenty-seven participants were interviewed, family-health personnel (physicians, nurses, nursing assistants and community health agents) in seven towns from the Third State Health District/RS. Through a dialectic-based, qualitative analysis proposal, it was possible to visualize the work process of the family health staff and to identify the main social-environmental elements present in the process. Two analysis categories were used, the work process in the Family Health Program and the Constitutive Elements of Embrace in the family health strategy. In the first category, the actions developed by each professional category were identified by the work subjects, highlighting individual, collective, and management activities. As instruments used, extended clinic, household visitation, and health education were highlighted, in order for the subject/collective of the produced action to be apprehend. Through the staff's work, it was possible to identify staff interdisciplinarity and interaction as instruments, allowing for a collective work to be developed, which emerged as an effective construction, in a relationship of approximation and commitment that takes place through embrace and bonding. Three social-environmental elements were identified as constituting embrace in the work process of the staff: popular participation, constituted by the cultural rationality promoting staff/community approximation; work process management; and co-accountability towards instrumental rationality, developing essential instruments (planning, referral and counter-referral, and intersectoriality) for the continuity and integrality of care; and bonding, as a social-environmental element related to theoretical rationality, which emerges as a new value, based on new practices and meanings for the work process. It may thus be concluded that embrace has been characterized as an instrumental process that provides the guiding of health actions, contemplating the principles of the Unified Health System (SUS), and effectively contributing to the consolidation of the Health Family Program.

Key Words: public health; family health; basic health services; environment; embrace.

RESUMEN

BRANCO, Zelionara Pereira. Elementos Constitutivos de la Acogida en el Proceso de Trabajo en Salud de la Familia. 2005. 151 hojas. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Pós-graduação en Enfermería, Fundação Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande.

Este estudio tiene como objeto la identificación de elementos socioambientales que componen la acogida en el proceso de trabajo de los equipos de Salud de la Familia en la región sur del Estado de Rio Grande do Sul. El entendimiento de los elementos socioambientales ocurrió por medio de la racionalidad ambiental de Leff (1993,2001) constituida por cuatro esferas de racionalidades; la sustantiva; la teórica; la instrumental y la cultural. En este enfoque la racionalidad ambiental es entendida como una forma organizada de definir nuevos valores y significados para el proceso de producción de salud, que utilizada como herramienta conceptual propició la identificación de los elementos presentes en la acogida. Las principales referencias teóricas abarcan las temáticas: acogida, visualizando este concepto por medio del proceso de trabajo; el programa salud de la familia, como política pública de reorganización de las acciones en salud y el proceso de trabajo de la estrategia Salud de la Familia, permitiendo caracterizar el contexto colectivo del trabajo en salud. El grupo de estudio fue obtenido a través de criterios de selección que consideraran: tiempo de actuación en el programa; cobertura poblacional; localización del municipio en relación al municipio sede de la regional y la forma de gestión en salud según la NOAS/2002. Los datos fueron colectados a través de entrevista semiestructurada. Fueron entrevistados veinte y siete participantes, trabajadores de los equipos de salud de la familia (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud) en siete municipios de la Tercera Coordinación Estadual de Salud/RS. A través de una propuesta de análisis cualitativa, con abordaje dialéctica, fue posible visualizar el proceso de trabajo de los equipos de salud de la familia e identificar los principales elementos socioambientales presentes en este proceso. Fueron utilizadas dos categorías de análisis: el proceso de trabajo en el Programa Salud de la Familia y los Elementos Constitutivos de Acogida en la estrategia salud de la familia. En la primera categoría se identificó por medio de los sujetos del trabajo las acciones desenvueltas por cada categoría profesional, destacándose las actividades individuales, colectivas y administrativas. Como instrumentos utilizados se destacaron la clínica ampliada, la visita domiciliaria y la educación para la salud con el propósito de aprehender el objeto sujeto/colectivo de la acción producida. En el trabajo del equipo fue posible identificar como instrumentos la interdisciplinariedad y la interacción del equipo, permitiendo el desenvolvimiento de un trabajo colectivo, que se mostró en efectiva construcción, en una relación de aproximación y compromiso que ocurre por medio de la acogida y del vínculo. Se identificaron tres elementos socioambientales, constituyendo la acogida en el proceso de trabajo de los equipos: la participación popular constituida por la racionalidad cultural promoviendo la aproximación equipo/comunidad; la gestión del proceso de trabajo y la co-responsabilidad en aproximación a racionalidad instrumental, desenvolviendo instrumentos esencias (planificación, referencia y contra-referencia y la intersectorialidad) para la continuidad e integralidad de la atención; y el vínculo como elemento socioambiental relacionado a la racionalidad teórica, que surge como nuevo valor, fundamentado en nuevas prácticas y significados para el proceso de trabajo. Se puede concluir así, que la acogida se caracterizó como un proceso instrumental que posibilita direccionar las acciones de salud, contemplando los principios del Sistema Único de Salud y contribuyendo de forma efectiva para la consolidación del Programa Salud de la Familia.

Descriptores: salud pública; salud de la familia; servicios básicos de salud; ambiente; acogida.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Municípios com adesão a ESF por cobertura do PSF	42
Tabela 2 - Quadro demonstrativo do número de equipes de saúde da família, por Município da regional de acordo com a situação mensal em novembro de 2003.....	43
Quadro 1 - Distribuição das entrevistas segundo o tempo, turnos de trabalho e local no período da coleta de dados.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD – Auxiliar de consultório dentário

ACS –Agente comunitário de Saúde

CRS – Coordenadoria Regional de Saúde

EPS- Educação Permanente em Saúde

ESF – Equipe Saúde da Família

GM –Gabinete do Ministro

MS – Ministério da Saúde

NOAS –Norma Operacional da Assistência a Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa de Agentes comunitários de Saúde

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

RN – recém nascido

SIAB – Sistema de informação da Atenção Básica

SES – Secretaria Estadual da Saúde

SF – Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

USF- Unidade Saúde da Família

VD – Visita Domiciliária

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DAS PRINCIPAIS REFERÊNCIAS TEÓRICAS	19
2.1 Acolhimento.....	19
2.1.1 O Acolhimento e o Processo de Trabalho.....	25
2.2 Programa Saúde da Família	28
2.3 Processo de Trabalho em Saúde da Família	32
2.4 Racionalidade Socioambiental – Visão Socioambiental do Trabalho em Saúde.....	36
3 PROCESSO METODOLÓGICO DA PESQUISA	40
3.1 Caracterização do Estudo	41
3.1.1 Local	41
3.2 Caracterização e Seleção dos Sujeitos.....	43
3.3 Trabalho de Campo	46
3.4 Organização e Análise dos Dados	49
4 O PROCESSO DE TRABALHO NO SAUDE DA FAMÍLIA	52
4.1 Conhecendo os Sujeitos da Pesquisa	52
4.2 Ações Desenvolvidas pelas ESF	55
4.2.1 Atividades Individuais	57
4.2.1.1 O Trabalho do Médico.....	57
4.2.1.2 O Trabalho da Enfermeira	63
4.2.1.3 O Trabalho da Auxiliar de Enfermagem	69
4.2.1.4 O Trabalho do ACS	71
4.2.2 Atividades Coletivas.....	73
4.3 O trabalho em Equipe	79
5 ELEMENTOS SOCIOAMBIENTAIS CONSTITUINTES DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	90
5.1 Participação Popular.....	91
5.2 Gestão e Co-responsabilização	103
5.3 Vínculo	118
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
REFERÊNCIAS	135
APÊNDICES	143

1 INTRODUÇÃO

O interesse em trabalhar o tema, acolhimento, surgiu durante minha atuação profissional em uma equipe de saúde da família. Durante os oito anos em que atuo na rede básica de saúde tenho procurado entender a forma como os profissionais abordam seus clientes e porque isso ocorre, na maioria das vezes, de forma distante e impessoal. Este aspecto levou-me a refletir sobre o acolhimento que o usuário recebe do sistema de saúde quando o procura em busca do atendimento de uma necessidade que precisa ser sanada ou, ao menos, amenizada naquele momento, e que sentimentos este contato gera nesses sujeitos.

Ao longo de minha vivência profissional, onde atuei como enfermeira de Unidade Básica, Instrutora/Supervisora de Agentes Comunitários de Saúde, na Gerência da Secretaria Municipal de Saúde e, atualmente, na Coordenação do Programa de Saúde da Família, pude observar que o primeiro contato entre usuário e serviço (momento em que o usuário procura atendimento na unidade de saúde) se dá através da recepção do serviço e da identificação da necessidade imediata (consulta, exame, vacinação,...), a fim de fornecer uma “solução” também imediata. Porém, este processo é complexo e exige uma comunicação efetiva entre os sujeitos envolvidos, permitindo passar às demais fases do processo de trabalho, em busca da produção do cuidado.

A formação profissional e a construção histórico-social do processo saúde–doença são influenciados pela trajetória das políticas de saúde. Esta deficiência pode estar relacionada à questão de que tanto profissionais quanto usuários não estão habituados a

desenvolver o processo de acolhimento como instrumento de trabalho que propicia a humanização da atenção e a qualidade do atendimento. Em estudo recente, Franco et al (2003) relata a experiência do município de Chapecó e diz que, para efetuar a proposta de acolhimento, a maior dificuldade é mudar a organização do processo de trabalho, a forma de se colocar junto ao usuário, responsabilizar-se pelo seu problema, resultado da centralização no poder médico. Diz, ainda, que reverter a atual forma de trabalhar é mexer com a cultura, o comportamento e os micro-poderes presentes no ambiente de trabalho.

Nesta perspectiva, a saúde passa a ser um produto do processo da doença e o indivíduo uma peça deste processo. No entanto, a saúde não se reduz ao aparecimento de um problema e à procura ao serviço de saúde. Os problemas de saúde são resultado de um processo complexo e dinâmico que se produz dentro da sociedade, e que podem acometer tanto o individual (o ser humano em seu contexto socioambiental), quanto o coletivo (família, grupos etários, comunidade).

A saúde pública e universal está prevista em lei através da Constituição Nacional de 1988, que garante o acesso e a integralidade das ações em saúde desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, a luta para garantir este direito tem sido desgastante pois se trata de um sistema em construção, desprovido de instrumentos, atores e recursos financeiros para garantir a totalidade de suas propostas. Assim, as políticas de saúde têm contado, através do tempo, a forma como se deu a evolução científica e tecnológica que permitiu a construção de modelos alternativos com enfoque na humanização das práticas de saúde e que foram influenciando e sofrendo influências do processo de construção social do binômio saúde-doença.

Nesta ótica, o modelo¹ de atenção à saúde, no Brasil, focaliza o atendimento à demanda espontânea, o que significa a criação de condições mais “favoráveis” à reprodução do modelo médico assistencial privatista, hegemônico e do modelo sanitarista ainda vigentes no âmbito do SUS.

O modelo médico-assistencial privatista é “centrado no atendimento de doentes (demanda espontânea ou induzida pela oferta), com ênfase na assistência ambulatorial e hospitalar de alto custo, prestada principalmente pela rede contratada e conveniada com o SUS, apresentando sérios limites para uma atenção comprometida com a efetividade, equidade e necessidades de saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em algumas situações” (LUCCHESE et al., 2000).

Já o “modelo sanitarista”, voltado para o enfrentamento de problemas de saúde selecionados e para o atendimento de necessidades específicas de determinados grupos, através de ações de caráter coletivo (campanhas sanitárias, programas especiais, ações de vigilância epidemiológica e sanitária) tem evidentes limitações quando se trata de atender as demandas da população por uma atenção integral, com qualidade, efetividade e equidade (LUCCHESE et al., 2000). Estes modelos, ainda predominantes, vêm sofrendo constantes modificações, o que nos permite refletir sobre a forma como a coletividade vem percebendo sua saúde nesses tempos de mudança de modelo.

A partir da década de 40, a compreensão de saúde como um direito humano fundamental e a pressão das classes trabalhadoras por políticas de bem-estar social a serem implantadas pelo Estado, impuseram a redefinição de modelos de assistência à saúde.

¹ Os modelos de atenção à saúde são formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologia (materiais e não materiais), utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas” (Teixeira, 2000:261-262).

Originando propostas alternativas ao modelo hegemônico (Silva Jr, 1998), propostas estas que vêm sofrendo constantes modificações em busca do modelo “ideal”.

A Conferência Internacional de Alma-ata, em 1978, foi o marco teórico da Atenção Primária em Saúde, propondo um modelo mais produtivo, de menor custo e mais abrangente em cobertura, incorporando massas desassistidas e estimulando a participação popular, chamada Medicina Comunitária (BRASIL,1997).

Ainda na década de 70, surge a primeira questão sobre uma concepção mais integral no que diz respeito às condições sociais e a produção em saúde, denominada Medicina Social, que buscava uma compreensão diferenciada dos fenômenos sociais e inclusive de saúde, consolidando o desenvolvimento da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-doença, que busca relacionar a forma como a sociedade está organizada às manifestações de saúde ou de doença (FRACOLLI E BERTOLOZZI, 2001).

Em 1988, é aprovada a Constituição Federal, que define a Saúde como direito de todos e dever do Estado. Em 1990, o Brasil, na busca de modificar o modelo de saúde vigente, aprova a Lei 8080/90, que propõe a descentralização das ações de saúde com a criação do Sistema Único de Saúde. Em 1992, foi criada a Lei 8142/92 que regulamenta o controle social, com a criação dos conselhos de saúde, nas três esferas de governo.

A legislação em vigor previa mudança do modelo tecno-assistencial em saúde, intensificando as ações na Atenção Primária em Saúde, ainda centradas no modelo médico. Para Campos (1997), é reconhecida a dificuldade da inserção dos médicos em programas de atenção integral à saúde, em virtude das características da medicina científica e essa dificuldade poderia ser contornada pela divisão de trabalho entre diferentes categorias profissionais e suas especialidades, para que o somatório dessas práticas garantisse a integralidade das ações.

O processo de municipalização representou um importante avanço na ampliação da oferta de serviços de saúde da rede pública, através do qual os municípios assumiram diretamente a assistência à saúde individual e coletiva de sua população, motivando a incorporação de tecnologias (equipamentos, conhecimentos) no atendimento ambulatorial das unidades da rede básica, antes presente apenas no âmbito hospitalar. Possibilitou aos municípios autonomia para gerir seu sistema de saúde, porém, seu grau de resolutividade não sofreu alteração, com enfoque nas ações médicas, transformando a rede básica numa verdadeira criadora de problemas de saúde (Merhy & Queiroz, 1993), onde ainda se constata *“uma nítida separação, um claro distanciamento, entre profissionais e os pacientes, entre as equipes e a comunidade, entre os trabalhadores e seus meios de trabalho”* (CAMPOS, 1994, p.42).

A exemplo de experiências municipais no processo de municipalização, citamos nossa experiência local, na cidade do Rio Grande-RS, como um município de médio porte que, após aderir à gestão incipiente, segundo a Norma Operacional Básica -NOB/93, passou a gerenciar as ações básicas em saúde com ênfase na contratação e qualificação dos recursos humanos e na expansão da rede básica de saúde (BRANCO et al, 2000). No entanto, este movimento não foi suficiente para gerar autonomia e resolutividade à rede de serviços, o município necessitou, a partir daí, definir o modelo a ser seguido com adesão aos programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, que objetivavam aproximar serviço e população através de ações de promoção e prevenção, iniciando pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde e após aderindo ao Programa de Saúde da Família.

A partir do movimento de implantação do SUS, vivencia-se, sem dúvida, uma melhora do acesso com a ampliação da oferta de serviços, contudo, somente isto não basta, é essencial a capacidade destas ações resolverem os problemas de saúde, buscando criar

formas alternativas de solução, através da identificação das necessidades, onde o levantamento dos problemas reais e as possíveis soluções iniciam-se pela abertura do serviço e do interesse dos trabalhadores em reconhecer o usuário como sujeito deste processo e acolhê-lo.

Merhy (1994), aponta a insegurança e a fragilidade daquele que necessita de um atendimento qualquer do serviço de saúde, pela dificuldade de fazer o outro, trabalhador ou serviço de saúde, compreender a natureza de seu problema, tendo que se submeter a um processo de produção de saúde (ou de doença), do qual espera um determinado tipo de resposta, ignorando quais caminhos percorrer e quais os resultados esperados. A dependência do conhecimento de outro a respeito de sua saúde e a expectativa de que este seja capaz de atender sua necessidade está presente na produção de saúde tanto do setor público, quanto do setor privado.

Uma das razões para tal situação é decorrente da própria natureza dos serviços de saúde, que lidam com um bem de características específicas, pois a saúde é inerente à vida, à doença e à morte, não sendo um bem passível de troca; condicionado ao consumo de outros bens e serviços; os indivíduos não decidem, quando desejam consumir os serviços; o consumidor desconhece seu problema de saúde e a eficácia do serviço em resolvê-lo, delegando a um profissional a responsabilidade de agir por ele; a utilização desses serviços produz vantagem não só para o consumidor, mas também para a sociedade no seu conjunto (MENDES, 1996).

Com o propósito de reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde/PACS (1991) e o Programa de Saúde da Família/PSF (1994), levando a saúde para perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos nossos

cidadãos. O Ministério da Saúde propôs o PSF como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, a partir da organização da atenção básica, apostando no “estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população” (BRASIL,1997). Dessa forma, o PSF valoriza os princípios de territorialização, de vinculação com a equipe, com enfoque interdisciplinar, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade entre outros (SOUZA, 2000, p.7).

Atualmente, a necessidade de expansão da estratégia de Saúde da Família está atrelada à reorganização da atenção básica como porta de entrada do serviço público de saúde, estando neste sentido o município responsável pelo desenvolvimento das ações dentro de seu nível de responsabilização conferido pela Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/2000). Esta normatização define as competências dos municípios de acordo com sua forma de gestão em saúde, que pode estar vinculada às ações básicas de saúde (baixa e média complexidade) ou responsabilizada pelos três níveis de atenção (baixa, média e alta complexidade).

Nesta direção, a consolidação da estratégia requer adoção de políticas públicas e o desenvolvimento de um processo de trabalho que contemple as necessidades de trabalhadores e comunidade, por meio de instrumentos que permitam a identificação do objeto e a produção de saúde. Um destes instrumentos é o acolhimento, que neste estudo foi visualizado por meio da racionalidade socioambiental.

Partindo desta construção teórica, surge à necessidade de identificar os elementos socioambientais presentes no processo de trabalho na Saúde da Família que, atualmente, apresenta como um de seus pontos diferenciais o acolhimento, relacionando a racionalidade socioambiental sob o olhar de Leff (1993, 2001).

Para este autor a racionalidade é um sistema de valores, normas e ações que relacionam meios e fins, permitindo analisar a coerência de um conjunto de processos sociais que se abrem à construção de uma teoria da produção, da organização social. Leff (1993) diz ainda, que a racionalidade trata de apreender os sistemas sociais e intelectuais dentro de seus “rasgos” singulares, abrindo a análise da diversidade cultural e dos sentidos subjetivos que definem a qualidade de vida e os valores éticos que mobilizam os atores sociais.

Para identificar os elementos socioambientais presentes no acolhimento, a abordagem dada ao processo de trabalho neste estudo visa caracterizar as ações por meio da energia do trabalho, constituídas por sujeitos, trabalhadores, em suas particularidades, e as ações coletivas através do olhar sobre o processo que é construído por estes sujeitos em movimento que é o trabalho, formando um processo baseado na necessidade do objeto, instrumentos, finalidades e produtos, operados pela energia de trabalho.

A partir desta abordagem, este estudo tem por **objetivo geral**:

- Identificar os principais elementos socioambientais que compõem o acolhimento no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família que atuam na região sul do estado do Rio Grande do Sul.

E, como **objetivos específicos**:

- Analisar o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família com ênfase no acolhimento;
- Identificar os elementos socioambientais que compõem o acolhimento, como instrumento de atenção na estratégia de saúde da família.

2 REVISÃO DAS PRINCIPAIS REFERÊNCIAS TEÓRICAS

2.1 ACOLHIMENTO

O acolhimento é um processo em construção e que necessita ser melhor explicitado e entendido. Atualmente não existe um modelo de acolhimento a ser descrito, ele vem sendo caracterizado através de vários autores que buscam identificá-lo e apreendê-lo de modo a formar um conceito, no entanto, o que podemos identificar é que cada trabalhador ou cliente caracterizará o acolhimento de acordo com suas experiências anteriores, sua formação educacional e, principalmente, diante das necessidades presentes no desenvolver do processo de acolhimento.

Para fins deste estudo, inicialmente faremos o resgate de alguns conceitos de acolhimento e relacionaremos este com a prática da Saúde da Família.

Segundo o Dicionário Aurélio a palavra

“ACOLHIMENTO é o ato ou efeito de acolher; recepção. Atenção, consideração. Refúgio, abrigo, agasalho. ACOLHER significa dar acolhida ou agasalho a. Dar acolhida a; receber. Atender; receber. Dar crédito a, dar ouvidos a. Admitir, aceitar. Tomar em consideração; atender a. Abrigar, agasalar. Agasalar-se, hospedar-se. Abrigar-se, recolher-se. Refugiar-se; amparar-se” (FERREIRA, 1999, p.38).

O acolhimento, como recepção, pode nos levar a pensar em ato, mas o atendimento não se limita ao ato de receber e nem a um setor, à recepção da unidade de saúde, mas em uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde.

O significado do verbo acolher sugere uma ação de acolhimento, ou seja, atender, receber, ouvindo-o e identificando sua queixa/necessidade. Nesta abordagem, o acolhimento, enquanto processo, resultado de práticas de saúde, constitui-se num conjunto de atos executados de modos distintos, lembrando que em tais práticas os sujeitos que as executam se determinam e são determinados histórica e socialmente no contexto das políticas sociais do país (MATUMOTO, 1998, p. 11,12).

Para Campos (1997) e Matumoto (1998), a ação de acolhida tem duas perspectivas: a abertura dos serviços públicos para a demanda, isto é, o *acesso* de pacientes ao atendimento e a de *responsabilizar-se* por todos os problemas de uma região, e nesse sentido, apresentar *plasticidade*², isto é, do acolhimento ser capaz de desencadear a criação de formas alternativas à resolução dos problemas, com solidariedade, humanização e respeito com o outro.

A noção de responsabilizar-se está inerente à visão de vínculo originária da prática clínica liberal, da relação médico-paciente, em que se busca estabelecer uma ligação um pouco mais estável e duradoura entre trabalhador e usuário (Campos, 1997), de relações entre pessoas. O vínculo não se estabeleceria exclusivamente com um trabalhador, mas com uma dada equipe, em um certo serviço, ao mesmo tempo buscar-se-ia deixar claramente caracterizado quem seria responsável por cada tarefa (CAMPOS, 1997).

A responsabilização, sob o ponto de vista do acolhimento está relacionada ao vínculo, ao cuidado, ao projeto terapêutico que se quer trabalhar, um “contrato de cuidados, de direitos e deveres do paciente/família e da equipe de saúde” (Campos, 1994, p.63, apud Matumoto, 1998),

² CAMPOS (1997) define plasticidade como “capacidade de mudança, de adaptação de técnicas e de múltiplas combinações de atividades, objetivando sempre dar conta da variedade dos problemas de saúde, da inconstância dos recursos disponíveis e ainda do entrelaçamento da saúde com aspectos sócio-econômico e culturais” (CAMPOS, 1997, p.63).

considerando os elementos técnicos, o acesso, o intercâmbio possível usuário/serviço e o potencial de produção destes.

Outra abordagem do acolhimento diz respeito à humanização do atendimento. Para Merhy (1996, p.138, apud Matumoto, 1998) uma das traduções de acolhimento “é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários que a eles aportam.”.

A humanização aqui referida diz respeito ao resgate do ser humano no trabalho, uma vez que é através do trabalho que este busca satisfazer suas necessidades; “as necessidades aparecem como aquilo que precisa ‘necessariamente’ ser satisfeito para que esse ser continue sendo um ser” (MENDES GONÇALVES, 1992, p.19). Devemos considerar também as necessidades que tanto a população quanto o profissional apresentam na busca incessante da saúde.

Para Bech (2000), existem 3 tipos de necessidades a serem consideradas, as necessidades normativas, determinadas pelos estudos científicos, as necessidades percebidas que derivam da experiência prévia da população e de suas crenças, valores e costumes e a necessidade comparativa que estabelece relação entre a forma como a população gostaria de ser assistida e sua experiência real na utilização do serviço. Estas necessidades estão relacionadas à representação social que o processo saúde/doença apresenta em determinada população.

Na saúde o acolhimento tem sido proposto como uma possibilidade de mudança, tendo em vista a autonomia³ do ser humano, isto é, como uma ferramenta capaz de “instrumentalizar o conjunto de trabalhadores, como gestores efetivos do processo de trabalho”, bem como analisar “(...) ‘o como’ se trabalha, (...) ‘o quê’ este modo de trabalhar está produzindo, (...) e o ‘para quê’

³Autonomia “capacidade dos indivíduos e das comunidades de lidarem com essas (suas) dificuldades, eliminando-as ou recebendo apoio para reduzir seus efeitos maléficos.” (CAMPOS, 1997, p. 50).

se está trabalhando” (MERHY, 1996, p. 25), na busca da produção de alternativas frente à necessidade de mudanças para o setor saúde, resgatando o lado humano deste trabalho.

Ao olhar para o processo de acolhimento, é fundamental investigar qual o objeto de trabalho tomado pelos sujeitos, cliente/trabalhador, bem como estar atento à forma como o problema se apresenta, em que está focado e como a instituição está organizada para atendê-lo.

Qualquer que seja a necessidade, esta terá uma relação direta com a concepção de saúde/doença tomada e com a organização do serviço que o definiu como objeto de trabalho.

A dinâmica do trabalho mostra a importância da influência dos aspectos subjetivos, quando se olha para o acolhimento. Assim como o interesse e motivação dos trabalhadores de saúde em responsabilizar-se pela resolutividade do atendimento que realizam.

A necessidade de melhorar a atenção no atendimento é importante quando se trata do Programa de Saúde da Família, já que tradicionalmente existe uma valorização acentuada das normas e das tecnologias em detrimento das necessidades humanas. O atendimento ao qual boa parte da população é submetida não parece coerente com a diretriz preconizada pelo SUS, de saúde como direito de todos, como resgate do sujeito autônomo, livre para fazer suas escolhas na vida cotidiana.

“O acolhimento na saúde, como produto da relação trabalhadores de saúde e usuários, vai além da ‘recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho’, do conceito do Aurélio. Passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito, passa pelo processo de reconhecimento de responsabilização entre serviços e usuários, e abre o começo da construção do vínculo. Componentes fundamentais para um re-inventar a qualidade da assistência” (BUENO & MERHY, 1997, p. 3).

Parece essencial a identificação das pessoas como “sujeitos” da ação, que se governam criticamente em busca de autonomia, liberdade e felicidade. Assim sendo, a necessidade de saúde deve ser dirigida para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, respeitando suas individualidades dentro do contexto sócio-histórico (MATUMOTO, 1998). Isto pode ser obtido

através da humanização, do interesse e valorização dos indivíduos, trabalhando formas de organização de serviços que devolvam e desenvolvam a autonomia de pessoas, atribuindo-lhes responsabilidades claramente definidas, através de um movimento em que “as transformações só se dão no conjunto de práticas do processo de trabalho, que são dinâmicas e contraditórias” (ALMEIDA, 1991).

Para Pires (1999), é preciso repensar o modelo de organização dos serviços de saúde, os serviços oferecidos, a base teórica para fundamentação das pesquisas e o modelo da prática. Esta revisão deverá estar vinculada à ação que se deseja efetivar, assim como a previsão dos instrumentos e dos coletivos envolvidos no processo.

Para CAMPOS (1997), o vínculo com os usuários do serviço de saúde, é essencial para a qualidade da clínica e seu controle social efetivo, e deve cumprir com dois objetivos: ampliar a eficácia das ações de saúde e favorecer a participação do usuário durante a prestação do serviço. É necessário identificar-se e incorporar-se ao cotidiano da população, permitindo o intercâmbio de informações, ressaltando o processo educativo em saúde. É fundamental, a partir desta reflexão, aprofundar o conhecimento sobre a população com a qual trabalhamos, para definir as estratégias que serão utilizadas.

A saúde e a doença são questões enfrentadas indistintamente por diferentes segmentos sociais. Os conceitos de saúde–doença e as práticas executadas são historicamente construídos guiando-se pela ideologia dominante nos contextos social, político, econômico e cultural presentes nas diferentes épocas da história da humanidade. (RESENDE, 1989).

O ser humano possui experiências e costumes acerca do adoecimento, o que pode transformar a doença em uma eminente possibilidade de evolução para a morte. Entender como as pessoas lidam com a saúde e a doença é buscar esclarecimento do modo de conhecer e pensar

sobre si mesmo, sobre outros e sobre universo em que se vive, sua cultura, suas formas de lidar com a saúde e como se caracteriza a doença neste contexto.

Esta representação de saúde coincide com o ponto de vista da Epidemiologia Social, reforçando a luta da classe trabalhadora, através da quebra nas concepções conservadoras de saúde/doença (LAURELL,1983).

Para Minayo (1996), as representações sociais podem ser conceituadas como categorias de pensamento, ação e sentimento que expressam dada realidade, na medida em que a explicam, justificam ou questionam. Da mesma forma, para Fracoli e Bertolozzi (2001), a vida humana é dinâmica, não estática.

A busca de novas estratégias em saúde coletiva com integração entre o singular e o coletivo, possibilitando uma visão integral do processo saúde/doença, ainda é um desafio. O poder da medicina na construção do saber e das práticas de saúde, e sua hegemonia na área influencia a oferta de serviços de saúde. A soberania da clínica em relação à medicina preventiva está refletida tanto na formação acadêmica quanto na atuação da rede básica de saúde.

Segundo Leite et al (1999), historicamente os serviços de saúde não têm respondido de modo satisfatório, oportuno e resolutivo às demandas e necessidades da população, o que está relacionado à forma como se organizam os serviços, bem como o modo como os trabalhadores se articulam na produção dessas ações. Além disso, demonstra-se como consequência das políticas públicas inadequadas, precárias e insuficientes para dar conta da necessidade de reorganização das práticas de saúde, que no SF se reflete na precarização das relações de trabalho, em equipes desestruturadas e despreparadas para desenvolver o trabalho.

O paradigma flexineriano⁴, que segundo Mendes (1996), pressupõe a saúde como ausência de doença e ações essencialmente curativas, ainda está muito presente no modelo vigente, onde o atendimento é feito a “peça” doente, não ao sujeito, levando-se em conta os aspectos bio-psico-sociais e ambientais em que está inserido. É necessário, portanto, avaliar o quão profunda deve ser esta transformação, em que bases irá se sustentar e de que forma poderá se efetivar, ou seja, como se dará o processo de trabalho para que se atinjam as finalidades.

O acolhimento na saúde busca construir uma ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, responsabilizando-se e comprometendo-se com a construção da cidadania (BUENO E MERHY, 1997). Possibilitando assim, a construção de sujeitos autônomos, co-responsáveis no cuidado e na garantia da cidadania, tanto para profissionais, quanto para usuários.

2.1.1 O Acolhimento e o Processo de Trabalho

O Programa de Saúde da Família, apresenta como um de seus instrumentos de trabalho o “acolhimento”, como forma de incorporar as relações humanas na prática de saúde com uma visão de construção social do processo saúde-doença.

Nesta ótica, o acolhimento passa a ser um instrumento, também do processo de educação na saúde, na construção de um sujeito que fala, julga e deseja, na busca de sua emancipação como ator social, presente no processo de trabalho da saúde.

Para Lunardi & Leopardi (1999), o trabalho é uma possibilidade de ação intersubjetiva, como perspectiva da ética, da estética, da liberdade e da sobrevivência, e exige superação das

⁴ Modelo flexineriano- entende-se a medicina tradicional, centrada no modelo médico, com incorporação de tecnologias especializadas, onde o objeto das práticas médicas é o indivíduo (SILVA,1998).

meras ideologias para a afirmação das responsabilidades coletivas, superando medos e arriscando novos caminhos, lutando por melhores condições de trabalho, trazendo vida para o trabalho, valorizando a solidariedade e a identificação com o outro dando sentido pessoal e profissional à vida no trabalho.

O processo de trabalho em saúde é influenciado diretamente pela forma de organização dos serviços e pelas condições de trabalho oferecidas, é possível acreditar, ainda, que nesta reformulação do modelo assistencial, a reorganização dos serviços terá papel essencial desde que esteja alicerçada no processo de trabalho que se pretende desempenhar e nos determinantes sociais do processo saúde-doença, identificados por uma visão socioambiental, que inclua no trabalho em saúde a plasticidade, multiplicidade, variedade, enfim flexibilização de suas ações, para buscar acolher o ser humano e suas carências.

O trabalhador, neste processo, é quem opera esta intervenção, no entanto, ele não se percebe produtor do acolhimento e o efetua como um procedimento técnico, distante de seu caráter humano intrínseco, de certa forma, petrificado (MATUMOTO,1998).

O profissional da saúde vive processos socioambientais que interferem sobre o acolhimento, sobre seu posicionamento na relação com o outro. Processos relacionados ao reconhecimento do seu próprio trabalho, da percepção que tem de si como trabalhador, da representação de seu local de trabalho, das condições em que o realiza, da satisfação que pode obter dele, sua preparação técnica e emocional, a disponibilidade para a escuta, para identificar e ir além do que está sendo dito.

O ser humano vem tentando resgatar sua relação com o mundo e com os outros seres vivos, na saúde não tem sido diferente. O surgimento de novos paradigmas com uma abordagem humanística e sistêmica do ser humano vêm ao encontro do desejo de qualificar as ações em saúde com integralidade, resolubilidade e co-responsabilidade na produção de saúde. Para tanto, é

preciso que o profissional se sinta também acolhido e integrado no sistema e, assim, seja capaz de desempenhar suas ações.

A atuação em saúde coletiva busca sustentar a apreensão da forma como a população, individualmente ou nos grupos sociais, entende o processo saúde-doença em primeiro lugar, partindo desse marco para superar o entendimento tradicional.

No entanto, o acolhimento se mostra como um instrumento fundamental e que pode ser apropriado por todos os trabalhadores em saúde. Neste contexto, acolher significa aproximar-se do outro e envolve a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação das necessidades, sejam estas individuais ou coletivas, e a sua transformação em objeto das ações em saúde, permeando todo o processo de trabalho e não se restringindo ao ato de “receber bem”.

O indivíduo busca no serviço de saúde estabelecer uma relação de confiança e compromisso com o profissional de saúde e deseja ter priorizado seu problema /necessidade, aqui se torna importante à negociação das necessidades, já que nem sempre o que é problema para o cliente é problema para o serviço de saúde.

No entanto, a responsabilidade na produção de saúde é de ambos, diferentemente da concepção tradicional do sistema de saúde onde o trabalhador é o sujeito e o “usuário” é o objeto sobre o qual se irá intervir para melhorar a saúde (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2001). Para tal, busca-se a construção de relações de aproximação e confiança, por meio do acolhimento, reorganizando o serviço de saúde na apreensão da forma como os usuários e o serviço de saúde, individualmente ou no seu coletivo, entendem o processo saúde-doença.

Não há um modelo de acolhimento a ser implantado, este caminho está relacionado a capacidade do serviço de organizar-se através do conhecimento da coletividade, ultrapassando seus limites ideológicos de trabalhadores/serviços na busca da construção de um modelo que

melhor atinja as necessidades identificadas nos diversos coletivos trabalhados, fundamentado na valorização dos sujeitos através do resgate da cidadania.

2.2 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Em busca da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), através do cumprimento de seus princípios e objetivos surge à atenção a Saúde da Família como estratégia na reorganização das políticas de saúde no país. (BRASIL, 1997).

A implantação do SUS tem sido um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e da sociedade, apresentando experiências variadas na construção deste sistema.

Fundamentado na experiência de alguns projetos realizados em alguns municípios do país como Sobral (CE) e Londrina (PR) em 1993, e também na experiência do Serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição e do Murialdo da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, o Ministério da Saúde amplia a discussão com a elaboração de um projeto nacional de reorientação dos serviços básicos de saúde, implantando então o Programa Saúde da Família (PSF). Este programa é criado com o objetivo principal de melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência, voltado à família e à comunidade, que incluía desde a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças, deslocando o eixo da atenção até então centrada no modelo médico, para uma ação multidisciplinar desenvolvida por toda a equipe de saúde.

O programa prevê a criação de uma equipe mínima de saúde composta de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde que se responsabilizam pela atenção a saúde de uma área geográfica definida, onde habitam entre

seiscentas a mil famílias. Os profissionais devem residir no município onde atuam, com dedicação em tempo integral com carga horária de oito horas diárias ao programa.

A Lei 10.527, de julho de 2002, regulamenta a profissão de Agente Comunitário de Saúde, e define que este profissional deve residir na área sob sua responsabilidade no mínimo há dois anos, ser maior de dezoito anos e ter concluído o ensino fundamental.

Com a Portaria GM/MS nº 1444, de 28 de dezembro de 2000, é regulamentada a Atenção à Saúde Bucal vinculada ao PSF, incluindo à equipe de saúde bucal com atuação de um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário (ACD) e um técnico de consultório dentário. Está prevista a proporção de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família.

A adesão e implantação do programa são de responsabilidade do município, que recebe orientação e assessoria das secretarias estaduais de saúde e do Ministério da Saúde (BRASIL,1997).

Atualmente o programa tem como objetivo principal a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios em substituição ao modelo tradicional de assistência com atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando as equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas de saúde. Além de:

- divulgar o conceito de saúde como qualidade de vida e direito do cidadão;
- promover a família como o núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população, num enfoque comunitário;
- prestar atendimento básico de saúde, de forma integral, a cada membro da família, identificando as condições de risco para a saúde do indivíduo;

- proporcionar atenção integral, oportuna e contínua à população, no domicílio, em ambulatorios e hospitais e agendar o atendimento à população, com base nas normas dos programas de saúde existentes, sem descartar a possibilidade de atendimento eventuais e domiciliares. (BRASIL, 2001).

Possui ainda como princípios organizativos o primeiro contato entre usuário e serviço de saúde, caracterizando-se como a porta de entrada do serviço de saúde de fácil acesso, fundamentado na organização do sistema que induz a entrada pela rede básica, receptiva e resolutiva, perpassando as instâncias necessárias dentro do sistema e retornando ao seu ponto de origem baseado na referência e contra-referência, a responsabilidade pela saúde da população com atenção integral de forma regular e organizada, a cobertura de uma área geográfica definida e o desenvolvimento de ações de vigilância e promoção da saúde.

O Programa está fundamentado no trabalho em equipe multidisciplinar e na horizontalidade do cuidado, com grande competência clínica, valorizando os recursos humanos, com salários que valorizam os profissionais e garantem sua dedicação ao programa, além da capacitação permanente. O Programa de Saúde da Família é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do RN ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua, visando o desenvolvimento da Atenção Básica em Saúde, onde a educação em saúde é o instrumento fundamental no processo de trabalho das equipes, fundamentada na vigilância em saúde e na participação comunitária.

O que diferencia o PSF do modelo tradicional é que enquanto os postos e os centros de saúde tradicionais adotam um modelo passivo de atenção, limitados a encaminhar para centros especializados, as equipes de saúde da família identificam os problemas e necessidades das famílias e da comunidade onde trabalham, planejando, priorizando e organizando o atendimento. O desenvolvimento desta estratégia requer um acolhimento que vá além da identificação de

necessidades, que seja capaz de gerar vínculo com co-responsabilização e autonomia dos atores envolvidos, desenvolver instrumentos e habilidades na construção de sujeitos socialmente comprometidos com a humanização das práticas de saúde em busca de qualidade de vida.

Portanto é necessário repensar as práticas, valores e conhecimentos envolvidos no processo de trabalho em saúde da família, tendo em vista o aumento da complexidade das ações que exigem a aquisição de novas habilidades com planejamento de ações com abordagem integral da família. É necessária a atuação de um profissional hábil, que seja fonte de recursos para uma população definida, desenvolva uma prática baseada na comunidade, onde a relação equipe-família-comunidade é alvo central da estratégia com enfoque no trabalho multi e interdisciplinar. Assim, os profissionais da equipe de saúde da família necessitam desenvolver novos saberes, novas habilidades e novas atitudes a fim de garantir a continuidade das ações.

No ano de 2003, o Ministério da Saúde (MS) investiu pesado em recursos financeiros a fim de garantir a expansão da estratégia de saúde da família nos municípios com mais de 100.000 habitantes. Esta ação, que contemplou inicialmente 100 municípios do país, hoje já atinge aproximadamente 231 municípios, estando 15 destes localizados no estado do Rio Grande do Sul e mais especificamente dois destes na região sul do estado (Rio Grande e Pelotas). Os municípios terão seis anos para atingir a cobertura de 70% da população com a estratégia de Saúde da Família.

O município é responsável pela elaboração e implantação do projeto de expansão com definição de metas e planejamento operacional da aplicação dos recursos financeiros. O projeto deve contemplar ações específicas de acordo com a orientação do MS que vão desde a reorganização da atenção básica até formação de recursos humanos em saúde.

Neste aspecto, traduz-se que a consolidação da saúde da família, enquanto estratégia de reorganização da atenção básica, é prioridade nas ações de saúde do governo federal em relação à saúde.

2.3 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

O trabalho tem sofrido constantes transformações ao longo da história da humanidade, que surgem com os ideais e crises do capitalismo e atingem os tempos modernos com a globalização da economia. Estas transformações são evidenciadas em todos os setores de serviços, inclusive o da saúde.

Pires (1999. p.29), menciona a influência da política e da economia nos serviços de saúde, no que se refere ao seu funcionamento e processo de produção, dizendo que:

[...] grande parte da atual atenção à saúde prestada à população urbana do planeta desenvolve-se em serviços de saúde institucionalizados, os quais organizam o seu funcionamento e processo de produção, dentro de sociedades determinadas e sob influências diversas como: as regras resultantes do jogo político entre interesses divergentes; os modelos administrativo-gerenciais hegemônicos adotados pelas empresas; a tecnologia disponível e aplicável na área, o paradigma hegemônico de produção de conhecimentos científicos e as características intrínsecas ao processo específico de produção do ato assistencial em saúde.

Salienta, ainda, fundamentada na Teoria de Karl Marx sobre Processo de Trabalho, que o processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade – a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco; necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida (PIRES, 1999).

Os investimentos no campo da saúde coletiva, na tentativa de ampliar a rede de atenção básica, abriram o mercado de trabalho para os profissionais de saúde, o que gerou a necessidade de reflexão sobre o processo de trabalho e de adequação a esta nova área de atuação. Isso é, exige a construção de políticas públicas que instrumentalizem as formas de contratação, remuneração e também as relações do/no trabalho, o que requer formação e qualificação adequadas.

Segundo Leopardi (1999), a busca de instrumentos adequados para a realização do trabalho em saúde, inicia pela apreensão e compreensão da necessidade apresentada, de modo que o processo de trabalho originado daí, seja determinado pela realização daquilo que possa satisfazer tal necessidade.

Nesta perspectiva, a estratégia Saúde da Família pretende romper com o paradigma flexneriano (Silva Jr., 1998) e reorganizar o serviço de saúde através da apreensão da forma como os usuários e o serviço de saúde, individualmente ou no seu coletivo, entendem e vivenciam o processo saúde-doença.

O Programa de Saúde da Família representa a busca por um novo modelo assistencial com sentido prático na reorganização da atenção básica de saúde e da reorientação do modelo atual.

O processo de trabalho das ESF passa por uma constante redefinição das práticas cotidianas, considerando-se que a equipe está ainda em processo de formação em termos de perfil de competências e habilidades de seus integrantes, podendo alterar-se ou adaptar-se conforme variações da realidade nos diferentes contextos sociais, econômicos e culturais deste país.

É preciso, neste momento, enfatizar que para ocorrer esta mudança, a Equipe de Saúde da Família necessita estar estruturada e seus profissionais habilitados e sensibilizados para as modificações do processo de trabalho, preparo este que inclui perfil profissional, apoio técnico e administrativo, além do envolvimento político do gestor.

Nesta ótica, o processo de trabalho em saúde é influenciado diretamente pela forma de organização dos serviços e pelas condições de trabalho oferecidas, esta reformulação do modelo assistencial e a reorganização dos serviços terão papel essencial desde que esteja alicerçada no processo de trabalho que se pretende desempenhar e nos determinantes sociais do processo saúde-doença.

O Programa Saúde da Família (PSF), o qual propõe um processo de trabalho que envolve uma equipe multidisciplinar, apresenta como finalidade uma estratégia de reorganização do sistema de saúde vigente, contemplando os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1997); tendo como objetos de trabalho o indivíduo, a família e a comunidade; utilizando-se de instrumentos como: atendimento domiciliar, educação em saúde, sistema de informação; participação comunitária, organização social, dentre outros, com o propósito da promoção e vigilância em saúde.

Relacionado a este contexto, Azambuja (1999, p.25) defende que:

“O processo de trabalho desenvolve-se visando à transformação de um objeto em produto. As ações, ou conjunto de ações, que se processam durante a busca do produto, representam a capacidade do homem de pensar, agir e se relacionar, de transformar/recriar (subjetividade).”

Sendo assim, não basta ao trabalhador da saúde apenas ter conhecimento do processo de trabalho, ele precisa estar comprometido com o processo de trabalho: pensando, refletindo e agindo, promovendo a emancipação dos sujeitos em busca da transformação social.

A conquista deste pensamento se desenvolve por meio da compreensão dos trabalhadores sobre o processo de trabalho em saúde no qual está inserido, sua articulação com as políticas públicas de saúde, modificando seus métodos e instrumentos de trabalho, indo ao encontro das necessidades e do perfil epidemiológico da população sob sua responsabilidade.

No entanto, o que vem se observando nos serviços públicos de saúde, ao longo dos tempos, é que muitos profissionais não se utilizam, apropriadamente, de seus instrumentos para o planejamento de suas ações, pautando-se por um modelo assistencial hegemônico, que privilegia a assistência individualizada, biologizada, curativa, centrada na doença e não nas ações preventivas e coletivas.

Pires (1999, p.35) diz “que o trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência, separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contrárias”.

Neste sentido, é preciso que se tenha uma apropriada organização tecnológica do trabalho, que pode ser compreendida como “o conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de saúde, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social.” (MENDES-GONÇALVES, 1994, p.32).

Nesta abordagem, o acolhimento destaca-se como um instrumento, que permeia o processo de trabalho das equipes de saúde da família, capaz de transformar o modelo de atenção em saúde como uma prática humanizada que privilegia a qualidade do trabalho em saúde.

Mendes-Gonçalves (1994, p. 39) diz que “a proposta de apreender os processos de produção de serviços de saúde através da apreensão das representações sobre esses processos de que são portadores os que deles participam” permite a análise do processo de trabalho, seus objetos e instrumentos, assim como identifica as inúmeras relações envolvidas nos processos.

Nesta ótica, este estudo busca identificar os elementos socioambientais que caracterizam o acolhimento como instrumento tecnológico do processo de trabalho na Saúde da Família, através dos profissionais, identificando e categorizando a discussão a partir da racionalidade socioambiental descrita por Leff (2001).

2.4 RACIONALIDADE SOCIOAMBIENTAL – VISÃO SOCIOAMBIENTAL DO TRABALHO EM SAÚDE

Para abordar o acolhimento como processo-instrumento de trabalho em saúde, numa perspectiva socioambiental, buscou-se a identificação das racionalidades descritas por Leff (1993,2001) a fim de visualizar por meio do processo de trabalho os elementos socioambientais presentes no acolhimento .

A caracterização destas racionalidades permitiu a definição das categorias da pesquisa de forma a configurar os elementos constitutivos do acolhimento que dão a este o caráter de instrumento das práticas de saúde, permeando o processo de trabalho de toda a equipe e possibilitando a atuação de agentes sociais, que são capazes de transformar a realidade em que atuam.

A questão ambiental na visão de Leff, busca problematizar as teorias científicas e os métodos de investigação para apreender uma realidade de forma a desdobrar a capacidade de compreensão e explicação dos paradigmas estabelecidos (LEFF,1993, p. 95).

A racionalidade ambiental aparece como um processo de produção teórica, desenvolvimento tecnológico, intercâmbios institucionais e transformações sociais, pois trata de uma construção social movida por processos sociais (LEFF,1993, p.95).

Para Leff (1993, p.101) a racionalidade é um sistema de valores, normas e ações que relacionam meios e fins e permitem analisar a coerência de um conjunto de processos sociais, os quais se abrem à construção de uma teoria da produção e da organização social.

Assim, “a racionalidade ambiental não é a expressão de uma lógica, mas o efeito de um conjunto de interesses e práticas sociais que articulam ordens materiais diversas que dão sentido e organizam processos sociais através de certas regras, meios e fins socialmente construídos” (Leff,

1993,p.134-135), estando assim voltadas para a organização da estrutura social, por meio de regras construídas numa inter-relação teoria e práxis.

Nesta perspectiva o autor nos diz ainda que:

“uma racionalidade social se define como um sistema de regras de pensamento e comportamento dos atores sociais, que se estabelecem dentro de esferas econômicas, políticas e ideológicas determinadas, legitimando um conjunto de ações e conferindo um sentido a organização da sociedade em seu conjunto,..., que refletem nas crenças, normas morais, arranjos institucionais e formas de produção.” (LEFF, 1993,p. 99).

A abordagem socioambiental permite a análise da diversidade cultural e dos sentidos subjetivos que definem a qualidade de vida e os valores éticos que mobilizam os atores sociais (LEFF, 1993).

Visualizar o processo de trabalho na estratégia de saúde da família, através de uma abordagem socioambiental, buscou identificar os potenciais de atuação dos trabalhadores nas atividades desenvolvidas no programa, por meio do acolhimento, visto aqui como um instrumento capaz de incorporar a humanização e a qualidade na assistência em saúde, além de promover a mudança na lógica da atenção voltada à incorporação de novos valores e práticas no trabalho.

Leff (1993, p. 108) compõe a racionalidade ambiental pela articulação de quatro tipos de racionalidades assim descritas:

- Uma **racionalidade substantiva** a qual estabelece os sistemas de valores que normatizam as ações e orientam os processos sociais para construir uma racionalidade ambiental fundada nos princípios do desenvolvimento sustentável. Estes relacionados ao trabalho em saúde, se traduzem no direito humano à qualidade de vida, a assistência à saúde e à qualidade dos serviços de saúde; na valorização dos valores, crenças e cultura; na satisfação das necessidades e identificação dos problemas individuais e coletivos; na

percepção da realidade social, política e do ambiente; na percepção do processo saúde-doença; na gestão participativa com autonomia, responsabilização e participação popular; na descentralização das ações com tomada de decisão e gerenciamento dos recursos; no uso de tecnologias e instrumentos; focada nos princípios éticos e normas e princípios do SUS, definindo protocolos de atenção à saúde.

- Uma **racionalidade teórica** que constrói os conceitos que articulam os valores da racionalidade substantiva com os processos materiais que dão suporte a uma racionalidade produtiva, como uma produção conceitual orientada para a construção de uma racionalidade produtiva fundamentada em novos valores e potencialidades. Na relação com o processo de trabalho indicam um conjunto de processos materiais, com novos princípios e valores, revelando um novo olhar sob o processo de trabalho baseada na produtividade cultural e tecnológica relacionados as práticas científicas e tecnológicas, com divulgação das práticas e dos saberes apreendidos no processo; na articulação entre os recursos culturais, políticos e econômicos, e na organização dos processos sociais com bases conceituais para elaboração de instrumentos.
- Uma **racionalidade técnica/instrumental** que estabelece os meios que conferem a eficiência da gestão ambiental, considerando o trabalho na saúde relacionado à eficácia da gestão (organização do trabalho, resultados alcançados); aos instrumentos legais, institucionais e políticos, a organização do serviço, as estratégias para transformar o modelo, os objetivos, a finalidade e as metas do processo de trabalho.
- Uma **racionalidade cultural** com o princípio da diversidade étnica, integrando diferentes organizações culturais e as diferentes formações socioeconômicas que constituem a sociedade. Nesta perspectiva, o trabalho em saúde busca contemplar a diversidade étnica

(características regionais e locais); a integração de diferentes organizações culturais (participação das associações de bairro, líderes comunitários, entidades sociais e culturais); a formações sócio-econômicas e a participação popular, caracterizando-se como um instrumento da racionalidade instrumental para dar eficácia à finalidade do trabalho; valorizando os aspectos culturais implícitos nas práticas de saúde; a multiplicidade e diversificação das formas racionais de aproveitamento dos recursos da comunidade para satisfazer suas necessidades fundamentais e de qualidade de vida.

Portanto a análise do processo de trabalho realizada neste estudo buscou caracterizar o processo de trabalho na saúde da família na perspectiva do acolhimento como instrumento das práticas de saúde visando conhecer e compreender os seguintes aspectos:

- fins do processo produtivo (produção de saúde);
- realização de um processo social (integração equipe/comunidade, mobilização comunitária, construção de sujeitos autônomos e responsáveis);
- realidade política e econômica (gestão, recursos, projetos);
- processo transformador, espaços de complementaridade e interdisciplinaridade (trabalho em equipe, mudança de modelo).

Portanto, primeiramente apresentou-se a revisão das principais referencias, buscando um olhar sobre a realidade que se mostra através dos sujeitos do trabalho participantes deste estudo, o que permitiu significar os elementos encontrados, relacionando-os ao acolhimento desenvolvido no processo de trabalho das equipes investigadas.

A seguir apresenta-se o processo metodológico da pesquisa, através da caracterização do estudo, identificando o local da pesquisa, a seleção dos sujeitos, o trabalho de campo e a organização e análise dos dados.

3 PROCESSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

O desenvolvimento deste trabalho surgiu da necessidade de compreender o processo de trabalho das equipes de saúde da família com enfoque no acolhimento, através da identificação dos elementos socioambientais categorizados a partir das racionalidades descritas por Leff (1993, 2001).

Para dar conta desta proposta, optou-se pelo estudo qualitativo, de caráter exploratório, cujo objeto foi apreendido e explicado dentro de uma abordagem dialética, fazendo um exercício de busca do contexto histórico do tema em questão.

A opção pela pesquisa qualitativa deu-se a partir do tema a ser investigado “acolhimento no programa saúde da família”, pois compreende as práticas de saúde que não podem ser reduzidas à operacionalização de variáveis numéricas, por apresentarem um universo rico em dimensões subjetivas da ação humana.

Para Minayo (2001, p.21), a pesquisa qualitativa, responde a questões muito particulares, se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja,

[...] “ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.”

Neste sentido, esta pesquisa buscou analisar uma realidade já existente – o processo de trabalho das equipes que atuam no programa saúde da família na região sul do Estado do Rio Grande do Sul, constituído por um universo de significações.

3.1 Caracterização do Estudo

3.1.1 Local

O presente estudo foi realizado na rede básica de serviços públicos de saúde, especificamente nas Unidades Básicas de Saúde da Família, da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), que compreende vinte e dois municípios, sendo que quatorze destes possuem o PSF implantado.

Em 1997, o Estado do Rio Grande do Sul inicia a implantação do PSF em seus municípios com a realização de um seminário de sensibilização para a Estratégia de Saúde da Família.

A partir daí alguns municípios da região sul como São Lourenço do Sul, Canguçu e Rio Grande, demonstram interesse e aderem à proposta, enviando projetos à regional de saúde (antiga 3ª Delegacia Regional de Saúde), onde manifestam seu interesse em implantar o programa.

No entanto houve dificuldades na implantação e efetivação do PSF, onde o principal obstáculo encontrado foi a contratação e remuneração dos profissionais, o que tardou a implantação da primeira equipe na regional.

O primeiro município a iniciar as atividades foi São Lourenço do Sul, em julho de 1999, seguido de Canguçu, em agosto de 1999. Este último interrompeu as atividades reiniciando em junho de 2001.

O município do Rio Grande, embora tenha aderido à estratégia em 1997, iniciou as atividades em parceria com a Fundação Universidade Federal do Rio Grande em 1998, mas

oficialmente teve sua primeira equipe cadastrada no sistema de informação da atenção básica (SIAB) em março de 2001. O quarto município mais antigo na estratégia é o de Santa Vitória do Palmar com adesão em dezembro de 1999.

Entre os municípios mais jovens a aderir à estratégia estão Pelotas, em outubro de 2002 e São José do Norte, em outubro de 2003.

A Terceira Coordenadoria Regional de Saúde, com sede em Pelotas, compreende vinte e dois municípios da região sul do Estado do Rio Grande do Sul. Até dezembro de 2003, a região da 3ª CRS contava com a atuação de 57 ESF implantadas em 14 municípios com cobertura média de 17% da população da região (3ª CRS/SES/RS, dez,2004).

O quadro a seguir mostra a distribuição das ESF por municípios da regional.

Tabela 1 – Municípios com adesão a ESF por cobertura do PSF.

Município	Adesão a ESF	Equipes de Saúde da Família	
		Número	Cobertura (%)
Amaral Ferrador	08/2002	02	100
Arroio do Padre	09/2002	01	100
Canguçu	06/2001	03	100
Morro Redondo	05/2002	02	100
Cerrito	07/2002	03	100
Pedras Altas	04/2002	01	100
Pelotas	10/2002	22	21,9
Pinheiro Machado	03/2002	03	49
Piratini	09/2000	01	17,3
Rio Grande	03/2001	10	15
Santa Vitória do Palmar	12/1999	02	20,3
São José do Norte	10/2003	01	14,2
São Lourenço do Sul	07/1999	04	31
Turuçu	02/2002	02	100

Fonte: Estado do Rio Grande do Sul/Secretaria de Saúde/3ª CRS Coordenação Regional PACS/PSF fev/2004.

3.2 Caracterização e Seleção dos Sujeitos da Pesquisa

Tendo em vista os objetivos propostos neste estudo, foi necessário identificar e selecionar os municípios com atuação do Programa Saúde da Família.

No primeiro momento, entrou-se em contato com a Coordenação Regional do PACS/PSF da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, em Pelotas, a fim de apresentar a proposta de pesquisa e obter informações para conhecer o quantitativo dos sujeitos da pesquisa, os municípios onde estavam alocados e os telefones de contato dos mesmos. A seguir, foi solicitada autorização para realização da pesquisa no âmbito da 3ª CRS, sendo a mesma aprovada em maio de 2004.

Na região da 3ª CRS estão em atuação cinquenta e sete equipes de saúde da família, conforme demonstra a tabela abaixo.

Tabela 2 – Quadro demonstrativo do número de equipes de saúde da família, por município da regional de acordo com a situação mensal em novembro de 2003.

MUNICÍPIOS	ESF EM ATIVIDADE	ESF EM IMPLANTAÇÃO
Amaral Ferrador	02	0
Arroio Grande	00	0
Arroio do Padre	01	0
Capão do Leão	00	0
Canguçu	03	0
Cerrito	03	0
Chuí	0	0
Cristal	0	0
Herval	0	0
Jaguarão	0	01
Morro Redondo	02	0
Pedras Altas	01	0
Pedro Osório	0	0
Pelotas	22	05
Pinheiro Machado	03	0
Piratini	01	02
Rio Grande	10	05
Santa Vitória do Palmar	02	0
Santana da Boa Vista	0	0
São José do Norte	01	0
São Lourenço do Sul	04	01
Turuçu	02	0
TOTAL	57	19

Fonte: Estado do Rio Grande do Sul/Secretaria de Saúde/3ª CRS Situação Mensal PACS/PSF fev-2004.

As equipes de saúde da família são constituídas de um médico, um enfermeiro, de um a dois auxiliares de enfermagem, de quatro a seis agentes comunitários de saúde, estando este dimensionamento relacionado ao tamanho de cada área de abrangência.

Sendo assim, o programa na regional está constituído por cinquenta e sete médicos, cinquenta e sete enfermeiros, cinquenta e sete auxiliares de enfermagem e duzentos e cinquenta e cinco agentes comunitários de saúde, totalizando a participação de 426 trabalhadores de saúde.

Com o objetivo de construir um grupo representativo⁵ do conjunto de trabalhadores atuantes nesta região foram selecionados 32 sujeitos para este estudo a partir da identificação de 08 equipes de saúde da família, distribuídas em oito municípios, localizadas na região sul do estado do Rio Grande do Sul, pertencentes a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde. Para seleção dos municípios foram utilizados os seguintes critérios:

- 1- **Municípios referência na regional:** foram incluídos os municípios de Rio Grande e Pelotas por serem considerados referência para os demais municípios da regional, tendo em vista seu porte e oferta dos serviços de saúde e, ainda, por integrarem o Projeto de Expansão do Saúde da Família (PROESF)/MS.
- 2- **Tempo de atuação do programa no município:** foram selecionados os 04 (quatro) municípios com maior tempo de atuação do PSF, sendo eles São Lourenço do Sul, Santa Vitória do Palmar, Piratini e Rio Grande.

Em cada município contemplado foi sorteada 01(uma) ESF com no mínimo seis

⁵ Segundo Minayo (2000, p. 102) “numa busca qualitativa, preocupa-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja num grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. Seu critério não é numérico”. A autora refere ainda que “podemos considerar que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões”.

meses de atuação no programa. Também foram incluídos os 02 (dois) municípios de menor tempo de atuação do PSF, Pelotas e São José do Norte, sendo que em Pelotas foi sorteada 01 ESF, com o mesmo critério descrito anteriormente e, em São José do Norte, incluída a única equipe em atuação naquela localidade.

- 3- **Cobertura do programa no município:** dentre os 08 (oito) municípios com 100% de cobertura de PSF, na regional, foram sorteados 02 (dois) por sorteio simples (Canguçu e Turuçu), e da mesma forma foi sorteada 01 (uma) ESF em cada um destes, nos mesmos critérios do item anterior.

Portanto, nesta pesquisa foram selecionadas 08 ESF, de acordo com os critérios descritos acima, totalizando o número de 32 sujeitos. Foram escolhidos como participantes todas as categorias profissionais, a opção deu-se pela especificidade de cada categoria profissional, proporcionando uma riqueza de dados para análise.

Foram entrevistados um representante de cada categoria profissional de cada equipe, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um agente comunitário de saúde em cada ESF selecionada. Dentre os agentes comunitários de saúde também foi realizado o sorteio de um representante em cada equipe, através de sorteio simples.

Na redação desta pesquisa, os sujeitos foram nomeados, durante a análise, por codinomes de adjetivos, escolhidos por eles, de acordo com a sua preferência, a fim de garantir o sigilo e o anonimato.

3.3 Trabalho de Campo

Para dar início a coleta de dados foi necessária a solicitação de consentimento institucional para a desenvolvimento da investigação da pesquisa junto a Coordenadoria de Saúde da região e aos oito municípios envolvidos na pesquisa.

Primeiramente, foi construída uma solicitação de autorização direcionada ao Coordenador da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde e aos oito Secretários de Saúde dos municípios selecionados para a pesquisa, a fim de obter liberação para realizar a pesquisa na região.

A validação do instrumento de entrevista foi realizada com uma equipe atuante no PSF, na cidade do Rio Grande/RS, por entender que era necessário verificar aplicabilidade do instrumento nos diferentes níveis de formação dos diferentes profissionais.

No que se refere aos aspectos éticos da pesquisa, num primeiro momento o Projeto foi aprovado pela comissão de Curso do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem e analisado, cuidadosamente, por Banca Examinadora, sendo que no momento o Comitê de Ética desta Universidade está constituído, mas ainda não autorizado a emitir formalmente pareceres sobre projetos de pesquisa.

Para iniciar a aplicação do instrumento foi necessário aguardar a liberação dos gestores municipais. Na maioria dos municípios esta liberação se deu sem problemas, no entanto, cabe identificar neste momento as dificuldades encontradas na aplicação do instrumento, tendo em vista que este fator contribuiu para o atraso na coleta de dados.

Antes de iniciar a coleta de dados foi enviado ao Coordenador Regional de Saúde, representante do Estado na região, solicitação de autorização para realizar a pesquisa no âmbito da Terceira Coordenadoria de Saúde. Após aprovação, enviou-se aos municípios sorteados para estudo, solicitação de autorização ao respectivo gestor liberando as equipes para participarem da pesquisa.

Em um município houve uma demora de aproximadamente 60 dias entre a solicitação de autorização para realização da pesquisa e a liberação por parte do gestor local. Após a liberação a coleta transcorreu normalmente.

Um dos municípios apresentou, durante o percurso desta pesquisa, inúmeras dificuldades em manter sua equipe em atuação, nos vários contatos feitos com a secretaria de saúde daquele município não obtivemos informações coerentes que pudessem manter o município na pesquisa. No último contato feito, fomos informados de que a equipe encontrava-se sem o profissional médico e que havia interrompido sua atuação em novembro de 2003 e reiniciado em março de 2004, o que excluiu o município da investigação já que um dos critérios de seleção para sorteio das equipes era o período mínimo de atuação de seis (6) meses no programa.

Em outro município não foi possível aplicar o instrumento com o profissional médico uma vez que o mesmo não mostrou interesse em participar da pesquisa.

Após o consentimento do gestor de saúde, era realizado o contato telefônico com as Coordenações Municipais do PSF. Feito o sorteio e o agendamento, as entrevistas eram realizadas em seus respectivos municípios, no próprio local de trabalho da equipe.

A seguir, foi construído um termo de consentimento livre esclarecido do participante, juntamente com o instrumento de pesquisa. No termo consta o objeto do estudo, o objetivo da pesquisa e o direito do sujeito de deixar de integrar o grupo a qualquer momento da pesquisa se assim o desejar.

No instrumento de entrevista foram utilizadas dezenove (19) questões semi-estruturadas, as quais abordam o processo de trabalho no saúde da família com ênfase no acolhimento. Lima, Almeida e Lima (1999, p.133) afirmam que nesta técnica “o informante tem a possibilidade de discorrer sobre suas experiências, a partir do foco principal proposto

pelo pesquisador, ao mesmo tempo em que permite respostas livres e espontâneas do informante”.

A exclusão de um município e a perda de um (01) participante na pesquisa não trouxe alterações nos dados empíricos, tendo em vista que o conjunto de dados obtidos mostrou-se suficiente para o desenvolvimento da investigação.

A seguir apresenta-se quadro demonstrativo do trabalho de campo.

Quadro 1- Distribuição das entrevistas segundo o tempo, turnos de trabalho e local no período da coleta de dados.

Equipe	Data	Adjetivos	Dia da semana	Horário (Início e término)	Tempo	Local da entrevista
A (médico, enfermeiro, auxiliar)	09/06/2004	Verdadeira Questionadora Otimista	Quarta-feira	14h – 17:30	3 h e 30 min	UBSF
A (ACS)	11/06/2004	Amigo	Quinta-feira	16h – 16:40	40 min	UBSF
B (médico, enfermeiro, auxiliar e ACS).	02/07/2004	Claro Trabalhadora1 Perseverante Bruxinha	Sexta-feira	13:30 – 17:30	4 h	UBSF
C(médico, enfermeiro, auxiliar e ACS).	01/09/2004	Justo Atuante Confiante Transparente	Quarta-feira	9h – 12:45	3h e 45 min	UBSF
D(enfermeiro, auxiliar e ACS).	01/09/2004	Perseverança Objetivo Comunicativa	Quarta-feira	14h – 17:30	3h e 30 min	UBSF
E(médico, enfermeiro, auxiliar e ACS).	14/09/2004	Humorada Solidária Responsável Trabalhadora2	Terça-feira	9h – 12:30	3h e 30 min	UBSF
F(enfermeiro, auxiliar e ACS).	29/09/2004	Humilde Alegre Franca	Quarta-feira	9h – 11:30	2h e 30 min	UBSF
F (médico)	22/10/2004	Autentico	Sexta-feira	15h – 16 h	1 h	UBS
G(médico, enfermeiro, auxiliar e ACS).	14/10/2004	Solidário Honesto Sincero 1 Sincero 2	Quinta-feira	9h – 12:30	3h e 30min	UBSF

Fonte: diário de campo da pesquisa, 2004.

Para garantir o anonimato na pesquisa, foi solicitado aos sujeitos que escolhessem um adjetivo de sua preferência para caracterizá-los no estudo. Observou-se que, os 27 entrevistados escolheram adjetivos relacionados a sua atuação como profissional (trabalhadora, perseverante, responsável, comunicativa, entre outros), esta representação revela algumas características do trabalhador do PSF, identificadas pelos sujeitos desta pesquisa como presentes no cotidiano de seu trabalho na ESF.

3.4 Organização e Análise dos Dados

Os dados e informações obtidos foram analisados a partir da proposta de Minayo (2001), de uma interpretação qualitativa com abordagem dialética . Nesse método, a fala dos sujeitos é situada em seu contexto para melhor ser compreendida, tendo como ponto de partida, *o interior da fala*, e de chegada, *o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala*, propondo uma interpretação qualitativa dos dados (GOMES in MINAYO, 2001, p.77).

A escolha por esta abordagem é coerente com o tema e participantes desta pesquisa, pois este método interpretativo considera alguns aspectos para a interpretação dos dados como a conjuntura sócio-econômica e política do grupo social a ser estudado (neste caso, das equipes da saúde da família) relevante com o contexto em que se dá o processo de trabalho da saúde da família.

A mesma autora (1992, p.234), apresenta alguns passos para a operacionalização da análise dialética, os quais utilizamos neste estudo. São eles: a *ordenação dos dados*, a *classificação dos dados*, a *análise dos dados* e a *análise final*, estabelecendo articulações

entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos. Este processo permite, através da análise qualitativa, com abordagem dialética, promover “relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática” (Minayo, 1994, P. 79), fazendo uma interpretação a partir das informações recolhidas no campo e revelando a sua especificidade de concepção e de participação nas concepções dominantes, no que se refere à visão social do mundo em relação à sociedade dominante. Identificando neste estudo os elementos socioambientais que compõem o acolhimento no processo das equipes de saúde da família, através da racionalidade socioambiental.

O processo de análise teve início com a construção de um banco de dados, a partir das informações coletadas nas entrevistas realizadas com os sujeitos da pesquisa; realizando-se simultaneamente a leitura e re-leitura, buscando identificar, nas falas, o objeto de estudo.

Para permitir uma melhor organização dos dados realizou-se a análise em duas categorias: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família e os elementos socioambientais constitutivos do acolhimento. No primeiro, buscou-se descrever o processo de trabalho através das ações desenvolvidas pelas equipes e, no segundo, identificamos os elementos socioambientais que compõem o acolhimento como instrumento de um processo maior que é a produção de saúde.

A fragmentação dos dados de forma analítica se faz necessária a partir deste momento para permitir a análise das categorias deste estudo e possibilitar o aprofundamento da discussão em torno de uma abordagem dialética, como fenômeno social, abrangendo as determinações sociais gerais e do campo da saúde, expressas através das políticas públicas de saúde nos níveis nacional, regional e local. No entanto, existe uma

inter-relação entre as categorias de análise que, no seu conjunto, dão a visualização do acolhimento como um processo constituído por elementos socioambientais que se visualizam através do trabalho das equipas de saúde da família.

4 O PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Neste capítulo, analítico da pesquisa, buscou-se contextualizar o primeiro objetivo específico deste estudo que visa analisar o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família com ênfase no acolhimento. A análise do processo de trabalho, objetiva identificar, através da racionalidade socioambiental, como são construídas as etapas do processo de produção, considerando a necessidade/objeto da ação, os instrumentos do trabalho e a finalidade/produto do trabalho em saúde da família, com ênfase no acolhimento.

A racionalidade visualizada como um conjunto de valores, normas, ações e relações entre instrumentos e produtos, permite analisar o processo de trabalho do SF como prática social a qual se identifica como uma organização social que possui ou pode possuir uma construção de trabalho sustentável, para seus desejos e necessidades sociais (LEFF, 2001). Assim, buscou-se a compreensão dos elementos do trabalho a partir da identificação das ações desenvolvidas no programa, através dos trabalhadores envolvidos no processo.

4.1 Conhecendo os Sujeitos da Pesquisa

Ao caracterizar os sujeitos envolvidos nesta pesquisa, identificamos como parte essencial do processo de análise, conhecer os profissionais com os quais realizamos o estudo partindo da descrição dos mesmos.

As sete (07) equipes selecionadas para o estudo são compostas de médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, como preconiza a Portaria MS 1886 de 18 de dezembro de 1997.

Identificou-se que cinco (5) das sete (7) ESF contavam com a atuação de equipes de saúde bucal junto à unidade, e três (3) referiram em suas ações a participação de outros profissionais, assistente social, psicólogo, nutricionista e psiquiatra, atuantes na unidade de saúde da Família (UBF) com carga horária definida pelo gestor municipal.

“...agora essa assistente social está muito bem integrada a equipe, está participando do grupo sim, colocando técnica no grupo que eu não poderia ter, mas é aquela coisa assim. Está muito bom, está ajudando bastante sim”.
(CLARO - médica)

A fala da trabalhadora identifica como valorosa a atuação de outros profissionais de saúde junto à equipe, integrados ao programa. Explicita ainda a qualificação da atenção em saúde e a maior resolutividade do trabalho, tendo em vista a integração dos diversos saberes e práticas envolvidos nesta relação.

Em relação aos sujeitos deste estudo, é possível identificar a predominância do sexo feminino no trabalho em saúde da família, uma vez que dos vinte e sete entrevistados, vinte e dois são do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Os representantes do sexo masculino encontrados são: três médicos e dois agentes comunitários de saúde.

Para caracterizar as categorias profissionais, dividiu-se os sujeitos em quatro grupos de acordo com, a profissão, relacionando a escolaridade, formação profissional, a média de idade do grupo, o tempo de atuação em saúde pública e o tempo de atuação no saúde da família.

Entre os médicos observa-se que a média de idade é de 35 anos. Dos seis entrevistados três são especialistas em saúde da família, formados pela Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG), dois possuem residência médica em medicina social e comunitária, pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e um tem formação em homeopatia. Identifica-se, que cinco dos seis dos médicos possui formação para atuar no SF.

Quanto ao tempo de atuação em saúde pública, a média desta categoria foi de sete anos e nove meses, e a média de atuação no Saúde da Família foi de dois anos e onze meses.

Com relação às enfermeiras a média de idade é de 34 anos. Quanto à formação destes profissionais dos sete entrevistados, quatro são especialistas em saúde da família pela Fundação Universidade Federal do Rio Grande, uma especialista em saúde comunitária pela UFPEL, uma especialista em Psiquiatria também pela UFPEL e uma trabalhadora não possuía pós-graduação. Identifica-se que cinco entre as sete enfermeiras referiram formação de especialista para atuar no SF.

O tempo médio de atuação em saúde pública é oito anos e seis meses e a média de atuação no saúde da família é de três anos e um mês.

Nos dois grupos descritos acima, se identifica a formação voltada à saúde da família, assim como a experiência anterior na saúde pública, que parece motivar os profissionais a atuar no saúde da família.

As auxiliares de enfermagem identificadas neste estudo apresentaram média de idade de 43 anos. Em relação à formação educacional, das sete entrevistadas seis completaram o ensino médio, sendo uma destas técnica em enfermagem, e uma trabalhadora completou o ensino fundamental.

Quanto ao tempo de atuação em saúde pública, a média desta categoria foi de seis anos e seis meses e a média de atuação no Saúde da Família foi de três anos e um mês.

Na categoria de auxiliares de enfermagem, identifica-se profissionais com a maior média de idade, e também com o maior período de experiência anterior em saúde pública, como revela a fala da trabalhadora.

Eu trabalho na saúde pública há sete anos, comecei aqui neste posto, quando passou para o PSF eu continuei, eu já conhecia a comunidade e a comunidade também já me conhecia. (PERSEVERANTE – auxiliar de enfermagem)

Este dado pode estar relacionado à valorização do profissional com vínculo anterior na rede de serviços públicos de saúde. A relação de vínculo deste profissional com seu ambiente de trabalho, e a possibilidade de utilização do seu potencial, como energia do trabalho, trás

para esta trabalhadora, a possibilidade de conversão da unidade tradicional para a unidade Saúde da Família.

Os agentes comunitários de saúde apresentaram média de idade de 26 anos. Em relação à formação educacional, dos sete entrevistados, cinco completaram o ensino médio, um concluiu o ensino fundamental e um não concluiu o ensino fundamental. Cabe salientar que todos os ACS entrevistados nesta pesquisa foram selecionados por seus municípios de acordo com a portaria 1886 de dezembro de 1997, que define como “critérios para atuação como agente comunitário de saúde ser maior de 18 anos, residir na área de atuação e saber ler e escrever”. Quanto ao tempo de atuação em saúde pública a média desta categoria foi de cinco anos e quatro meses e a média de atuação no Saúde da Família foi de dois anos e nove meses. Observa-se nos dados que dos sete ACS entrevistados dois já atuavam junto ao PACS antes de integrar a equipe de saúde da família.

A partir desta caracterização, inicia-se a análise do processo de trabalho das equipes apresentadas neste estudo.

4.2 Ações Desenvolvidas pelas ESF

Os dados empíricos revelam, através das falas dos sujeitos, que as descrições das ações desenvolvidas pelos trabalhadores são comuns às sete equipes estudadas.

As sete equipes relataram a realização de **atividades individuais** por demanda⁶ espontânea (procura do serviço em função de um problema individual, na maioria dos casos que gera consulta clínica do médico, da enfermeira ou procedimento individual de enfermagem - vacinação, curativos, administração de medicamentos). Houve referência também às atividades por demanda programada, organizada através da atenção individual a

⁶ Schraiber et al (1993, p. 46) faz referência ao atendimento da demanda espontânea e da demanda programada, a primeira satisfaz a necessidade da consulta médica imediata; e a segunda busca incrementar a saúde da população como um todo, indo além da necessidade imediata de atenção médica.

grupos específicos priorizados pelo PSF (consulta pré-natal, consulta de puericultura, consulta a hipertensos e diabéticos) e a visita domiciliária que, embora seja entendida como uma ação realizada individualmente por cada membro da equipe, salientando o ACS, é praticada entre trabalhador/usuário, principalmente no plano do indivíduo, mas tem conseqüências em termos de resultados também no plano coletivo.

As **atividades coletivas** apresentam relação com as atividades programáticas em saúde, que priorizam a atenção a coletivos com características orgânicas, com enfoque no processo saúde-doença. Estas ações se desenvolvem em agrupamentos de pessoas com características comuns (são citados pelas equipes gestantes, hipertensos, diabéticos e a saúde mental), com os quais são desenvolvidas atividades comunitárias de integração entre equipe/comunidade que buscam valorizar o conceito ampliado de saúde, promovendo lazer, entretenimento e orientações em saúde.

Isso ocorre através de processos saudáveis de educação popular que partem da necessidade identificada pelos trabalhadores em valorizar os espaços culturais nas comunidades, respeitando as características específicas de cada população trabalhada e que mobilizam diversos grupos populacionais (baile de idosos, tenda da saúde, festas de integração em datas comemorativas).

As **atividades administrativas** aparecem relacionadas à ação de gerenciar e coordenar o trabalho da equipe. Estas atividades foram evidenciadas, principalmente, pela enfermeira que, ao falar de seu trabalho, imediatamente adere a ele as ações gerenciais que desenvolve junto à unidade de saúde da família. Por tratar-se de uma questão intimamente ligada ao trabalho da enfermeira, cujo objeto de trabalho é constituído também dos sujeitos/trabalhadores na relação com a organização do trabalho em saúde, estas serão apresentadas ao analisar seu trabalho.

Permitindo a visualização destas ações desenvolvidas pelas equipes apresenta-se a seguir a análise das atividades.

4.2.1 Atividades Individuais

A descrição do processo de trabalho passa a ser uma etapa essencial na compreensão da sua racionalidade, que permite visualizar as ações e relações do trabalho do SF. A partir dos dados empíricos identifica-se, que as atividades individuais são as que mais demandam ações no PSF, torna-se essencial a análise de cada categoria profissional atuante nas equipes com o objetivo de compreender as necessidades identificadas pelos trabalhadores, o objeto, os instrumentos e o produto esperado da ação. Esta análise será apresentada nas subcategorias: o trabalho do médico, o trabalho da enfermeira, o trabalho da auxiliar de enfermagem e o trabalho do ACS.

4.2.1.1 O Trabalho do Médico

Em relação à consulta clínica existe um domínio desta prática pelo profissional médico. É identificável a centralização no atendimento médico quando se trata da demanda espontânea. Evidencia-se esta relação na fala dos trabalhadores:

Normalmente, eu atendo quinze. Quinze fichas que a gente chama de consultas eletivas, e depois dessas quinze, toda pessoa que tiver machucada, com uma dor que começou recentemente, existe alguma coisa aguda pra sua consulta, ela é atendida. (JUSTO – médico)

O depoimento dos sujeitos demonstra uma prática de saúde voltada ao cuidado médico na busca de satisfazer a necessidade de atenção individual presente no processo de “sentir-se ou estar-se doente” (Merhy, 1997,p.198).

Identifica-se, nestes trabalhadores, a necessidade de atender, de “dar conta” da demanda espontânea que diariamente procura o serviço em busca de uma possível solução ao seu problema de saúde. Esta necessidade identificada pelos profissionais revela que as ações individuais aqui apresentadas, mediadas pelas necessidades do objeto, indivíduo/social, estão na dimensão da racionalidade instrumental. A construção da racionalidade socioambiental de Leff (2001, p. 137) “cria os vínculos técnicos; funcionais e operacionais entre os objetivos sociais e as bases materiais do desenvolvimento sustentável”, ou seja, busca estabelecer uma relação de vínculo entre trabalhadores e usuários na construção do processo de trabalho em saúde, evidenciando o valor da clínica como instrumento tecnológico.

As tecnologias presentes neste processo estão atreladas ao saber clínico, “como saberes que permitem, em um processo de trabalho específico, operar sobre recursos na realização de finalidades perseguidas e postas para este processo produtivo” (Merhy, 1997. p. 127). Nesta relação, o saber clínico é utilizado como racionalidade instrumental, cujo objeto de atuação é o indivíduo/biológico com a finalidade de obter-se indivíduos saudáveis.

Para dar conta desta demanda, o profissional se apropria de instrumentos tradicionais da atenção curativa, como a consulta clínica individual, o manejo clínico e a terapêutica, e também dos saberes e práticas da medicina preventiva. A fala dos sujeitos demonstra esta preocupação em articular as práticas de saúde.

Na verdade a gente tenta lidar com os dois lados do atendimento; tanto atendimento curativo quanto preventivo. Então nós temos atividades que envolvem essa questão do curativo, claro que a gente procura assim ter o atendimento englobado dentro da consulta. Muitas vezes, a gente tem que dar ênfase (refere-se ao curativo), até porque a pessoa tem um problema agudo, um problema que tem que ser tratado, então a gente dá ênfase mais a atenção curativa. Então assim a gente faz, ou tenta fazer o atendimento nesse sentido, englobando a parte tanto curativa quanto preventiva. (HUMORADA – médica)

O grupo de trabalhadores estudados demonstra a necessidade de articular os saberes da clínica e da epidemiologia na prática diária do serviço, conforme discute o autor a seguir:

“tratamos a clínica e a epidemiologia como saberes tecnológicos, por serem saberes que são produzidos comprometidamente com a realização de intervenções produtivas do trabalho humano sobre os processos da vida, como a saúde e a doença” (Merhy et al, 1997, p. 127).

Nesta perspectiva, a aplicação destes instrumentos lhes permite produzir um conhecimento sobre a realidade do objeto em questão, comprometido com a ação desenvolvida.

Pode-se então afirmar, baseado nos escritos de Merhy et al (op. cit.) que “um saber tecnológico opera em uma dobra na qual, de um lado, expressa seu compromisso com a “razão instrumental” e, de outro, com a “razão teórica”. Devendo como tal estar aberto as leituras de seus pressupostos de construção, de suas intencionalidades e finalidades, em ambas as dimensões, revelando o mundo e permitindo uma ação sobre ele”.

Ao mesmo tempo em que elevam seus esforços na construção da racionalidade socioambiental, aqui entendida como ações e valores que norteiam a prática em saúde, utilizam os conhecimentos e instrumentos da clínica e da medicina preventiva, é possível identificar a dificuldade em integrar estes dois instrumentos através da fala dos sujeitos.

A gente tenta limitar (está falando da demanda espontânea), no máximo vinte consultas, deixa mais quatro para uma intercorrência, uma coisa assim. Mas sem extrapolar, se tu começar a dar consulta, consulta, tu perde o fio da meada. O trabalho daqui a pouco tu faz uma saúde curativa e mal feita, e aí não dá. A gente procura conversar, os auxiliares, a enfermagem, a parte dos ACS também, e procura batalhar para que se a gente vai fazer uma coisa preventiva, o pessoal não ter aquela idéia só do remédio. (SOLIDÁRIO – médico)

Faz quatro anos, que nós trabalhamos no PSF daqui. Nunca tinha havido um trabalho assim antes, apesar de eu já ter trabalhado com programa em outro local até, mas aqui nessa área a gente nunca tinha trabalhado com o programa, no início realmente é muito complicado, é difícil, porque as pessoas não têm idéia do que é o programa, a questão do atendimento curativo ela já vem de longa data porque é um atendimento que já era assim, as pessoas já têm essa questão de virem ao médico, verem a enfermeira com a idéia de que é assim, o que nós vamos curar, e que as pessoas que têm essa idéia do poder da cura da medicação e do tratamento e isso no início é muito complicado, ainda agora, a gente ainda batalha em cima dessa questão, porque claro que existe a parte curativa e a parte de tratamento, ela exige, ela é precisa, ela é necessária, mas aos poucos as pessoas vão entendendo. (HUMORADA – médico)

As falas permitem identificar que a cultura médico centrista que se instalou nos serviços de saúde, desde a década de 60 (Merhy, 1997), é ainda homogênea e um forte obstáculo a ser transposto pelas ESF. É evidente, ainda, que esta visão não esteja presente somente na formação médica, de um aprendizado conservador baseado na medicina tradicional, mas também na cultura popular, que está adaptada às práticas curativas. É possível identificar nos sujeitos desta pesquisa profissionais que “buscam não uma medicina simplificada, mas uma medicina ampliada que seja capaz de enfrentar o caráter global e complexo dos problemas das classes populares” (Vasconcelos, 1997, p. 25),

Ficam claros os esforços dos trabalhadores em quebrar esses conceitos em busca da construção de novos valores e práticas para a produção de saúde. É possível, então, enfatizar as palavras de Merhy (1997, p. 198) quando diz que “a rede básica é um lugar de efetivação das práticas de saúde que reposicionem o sentido de todo o processo de produção de serviços e de suas finalidades, inclusive redefinindo o lugar dos outros, visando uma mudança de direção de um sistema hospitalocêntrico para um rebasicocêntrico”.

As necessidades identificadas pelos médicos de atender a demanda espontânea e de construir um processo de trabalho que privilegie uma visão integral dos sujeitos/objeto, fundamentada nas tecnologias aqui apresentadas, reforçam a necessidade de consolidação de “um modelo de atenção que permita, junto ao conjunto dos usuários, realizar práticas que acolham, vinculem e resolvam, no sentido de promover e proteger a saúde, no plano coletivo” (Merhy, 1997, p. 198). Modelo este, que no universo deste estudo, mostrou-se em construção.

A resistência da população em compreender as mudanças que estão ocorrendo na rede básica de saúde, cuja estratégia é o SF, pode estar relacionada às carências culturais identificadas no processo saúde-doença, como a perda da autonomia e da responsabilização sobre o cuidado, que foram sendo absorvidas pela prática médica e que precisam de tempo para ser reorientadas.

A valorização da especialização da medicina e os altos investimentos em tecnologia de ponta são necessários a uma assistência hierarquizada e complexa dos serviços de saúde, mas não no caráter substitutivo de valores e princípios que são vitais para o trabalho em saúde “garantidos e definidos na política governamental e social que são o acesso, o acolhimento, vínculo/responsabilização, resolutividade e efetividade que se dá no processo de relação entre trabalhadores e usuários” (Merhy, 1997, p. 227).

O trabalho do profissional médico embora ainda ocorra em grande parte voltado à ação individual, demonstrou uma preocupação em instituir práticas coletivas como instrumentos potenciais para o processo educativo em saúde. Os dados empíricos reforçam esta análise.

Isso era todas as manhãs (se refere à consulta por demanda espontânea), à tarde, o que a gente fazia, a gente deixava a tarde pra outras atividades, acabava atendendo consulta também, porque sempre tinha alguém que chegava que não estava se sentindo bem, ou que tinha alguma urgência e tirava para atividades de orientação. A gente trabalhava com grupos, grupos de hipertensos, grupo de saúde mental. Também tava implantando a parte da saúde mental. Alguma coisa a gente falava nas escolas, essa parte era pouco, não tinha muita atividade. E fazia as visitas domiciliares, como a gente tinha disponibilidade de carro, lá no posto, acabava que não tinha dia certo pra fazer visita. (AUTÊNTICO – médico)

As atividades apresentadas pelos profissionais se referem à demanda programada de grupos específicos de pacientes portadores de patologias que são apresentados como prioritários ao PSF, de acordo com a portaria 1886 de 18 de dezembro de 1997, caracterizados por uma condição ou patologia relacionada à saúde. Porém, ainda encontram dificuldade em incorporar novas práticas (atividades com grupos, visitas domiciliárias, trabalho em equipe) em função da importante demanda espontânea em busca de atendimento médico.

A procura do serviço fica evidente quando os sujeitos referem realizar “quinze atendimentos na manhã”, ou ainda “isso era todas as manhãs”, como apontam os depoimentos já citados, onde é possível identificar a tradição do atendimento imediato, “onde o objeto/sujeito da ação busca de imediato satisfazer sua necessidade de atendimento clínico,

uma vez que ele mesmo concebe a organização do trabalho em saúde na forma do atendimento padrão, da queixa orgânica da doença clínica” CABREIRA, 2003, p.79).

Diante dessas necessidades evidenciadas pelo objeto/sujeito identifica-se a influência cultural dada pelas concepções do processo de adoecer e morrer, relacionados à prática da clínica médica individual e pela forma como está organizado o processo de trabalho em saúde, voltado à satisfação individual de uma necessidade imediata.

Os dados empíricos mostram que o contexto do SF tem buscado transformar esta significação com a adoção de valores e práticas no processo de trabalho, que operem na visão contextualizada do objeto/sujeito. A fala dos sujeitos revelou a visita domiciliária⁷ como um instrumento presente no cotidiano do trabalho destes profissionais, capaz de ressignificar o processo de trabalho em saúde.

Esta intervenção parte de uma necessidade a priori individual e que se abre para uma compreensão do cenário sociocultural onde estão presentes os diversos coletivos envolvidos na ação demandada pelo profissional, ou seja, no momento em que chega ao domicílio sua ação deixa de ser individual, ultrapassando os limites do saber clínico para se reproduzir nos sujeitos plurais presentes no ambiente. Os escritos de Leff (2001, p. 134) aproximam esta questão onde a lógica da produção em saúde “e o estilo étnico próprio de uma cultura remetem a racionalidades sociais constituídas como sistemas complexos de ideologias-valores-práticas-comportamentos-ações, que são irreduzíveis a uma lógica unificadora.

Identifica-se nos sujeitos deste estudo o compromisso assumido pelos profissionais em desenvolver a prática clínica do SF, aliando os saberes desenvolvidos pela formação médica

⁷ A VD é um instrumento de intervenção fundamental da estratégia de Saúde da Família, utilizado pelos integrantes das equipes de saúde para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Para identificação de suas características sociais (condições de vida e trabalho) e epidemiológicas, seus problemas de saúde e vulnerabilidade aos agravos de saúde. (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001 p.43).

ao contexto socioambiental e as diretrizes que estruturam a proposta do programa, na perspectiva de integrar as práticas em saúde voltadas ao indivíduo, à família e ao ambiente.

O grupo de profissionais médicos deste estudo apresenta uma característica peculiar, já referida, ao caracterizarmos as equipes, de apresentar a maioria com formação voltada à prática exercida no SF. Este perfil certamente trouxe valorização às práticas desenvolvidas já que os trabalhadores conhecedores dos fundamentos teórico/práticos da estratégia, empenham-se em utilizar estes instrumentos no cotidiano de seu trabalho, permitindo a construção de uma racionalidade produtiva que implica na implementação de ações de reorganização da atenção à saúde, levando em consideração o ambiente ecossistêmico em que estão inseridos profissionais e comunidade.

4.2.1.2 O Trabalho da Enfermeira

Na descrição de suas atividades a enfermeira reforça seu papel nas atividades individuais programadas, onde a ação desenvolvida é voltada a um coletivo identificado por uma condição de saúde-doença.

As ações assim têm a repercussão dos agentes de saúde (ACS) treinamento, visita domiciliar (VD), o treinamento continuado da equipe. Pré-câncer, pré-consulta, curativo, na visita domiciliar aparece muito instalação de soro, soroterapia, né, sondagem nasoentérica a gente tem seguido. Então são essas as atividades, assim. Grupos, grupos de hipertensos, nós temos sete grupos de hipertensos, são realizados todas as segundas-feiras. Temos dois grupos de diabéticos, é feito por localidade, como a gente tem uma área bem extensa, então é feito na comunidade, na igreja da comunidade. Então a gente se desloca até as comunidades pra fazer os grupos. (HONESTA – enfermeira)

As ações apresentadas nas falas são utilizadas pelas trabalhadoras para apreender as necessidades do objeto, sujeito/coletivo, de seu trabalho, aproximando-se do contexto socioambiental, possibilitando a ação coletiva do trabalho.

Os dados empíricos revelam que a ação do trabalho da enfermeira conduz à diversidade de saberes e práticas. Cabreira (2003, p. 94), ao estudar o trabalho da enfermagem na saúde coletiva, visualizou que, em sua atuação, este profissional “aparece como elo de interligações das ações do trabalho dos diferentes profissionais e a comunidade, na indicação dos grupos de diferentes situações de risco ou de vulnerabilidade biossocial”. Salienta, ainda, que esta condição de condutora da diversidade, assumida pela enfermeira, está permeada pela própria formação acadêmica.

Dentre os instrumentos utilizados no trabalho da enfermeira parece estar implícito na ação deste profissional a consulta de enfermagem que é utilizada como instrumento de abordagem individual principalmente na atenção à saúde da mulher, através da prevenção do câncer de colo de útero. Estas atividades têm como objeto de atuação o indivíduo/social, ou seja, a atuação sobre o ser biológico inserido em seu contexto sociocultural.

No conjunto de sua manifestação, este instrumento de atenção individual, compreende o coletivo de saúde que surge da necessidade identificada pelo trabalho em promover a qualidade de vida dos sujeitos envolvidos no processo, compreendendo a transição para um futuro sustentável.

Na prática tem os horários, um dia dos crônicos, dos diabéticos, das gestantes. Mas cada situação a gente vê juntos com os ACS também e com a comunidade buscamos desenvolver o senso de cidadão. Com isso esperamos uma melhor qualidade de vida, que eles vejam que ir ao posto não é só quando se está doente. Temos que conhecer a família, o ambiente.
(TRABALHADORA 1 - enfermeira)

A fala da trabalhadora apresenta a tentativa de absorver a diversidade cultural, através da apreensão das características sociais, culturais e ambientais do objeto, sujeito/social, como saber tecnológico na busca de apreender os elementos envolvidos na complexidade desse sujeito/objeto capazes de influenciar no processo saúde-adoecimento (nesse caso através de elementos da cultura familiar, local e etc), “desta maneira, satisfazem suas necessidades e

orientam seu desenvolvimento dentro de estilos étnicos e formas diversas de significação cultural” (LEFF, 2001, p.142).

Outro instrumento evidenciado pela enfermeira é a VD, entendido pelas trabalhadoras como uma atividade individual que se dá no ambiente domiciliar e que permite a compreensão do contexto sociofamiliar.

(...) as visitas domiciliares, elas são muito importantes. Agora mesmo, fizemos acompanhamento a uma senhora em fase terminal, então três vezes por semana a gente está lá, puncionando veia, colocando um soro, porque o familiar não quer levar ela mais pro hospital, ela não quer, está traumatizada, então, acho que as pessoas têm que respeitar e ver o que a gente pode fazer por ela, então a visita domiciliar é muito interessante. (ATUANTE – enfermeira)

O desenvolvimento do trabalho assim no PSF ele é bem diferente do um outro postinho, que não tem o Saúde da Família. A gente trabalha mais dentro da comunidade, mais com as famílias mesmo, não é, então nas próprias visitas domiciliares a gente tem uma outra visão de saúde pública. (QUESTIONADORA - enfermeira)

Takahashi (2001) ao abordar a VD, diz que “ela possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário do serviço de saúde e a constatação in loco das reais condições de habitação, bem como a identificação das relações familiares”. Além disso, facilita o planejamento da assistência, por permitir o reconhecimento dos recursos que a família dispõe. Pode ainda contribuir para a melhoria do vínculo entre o profissional e o usuário, pois a VD é interpretada, freqüentemente, como uma atenção diferenciada advinda do Serviço de Saúde”.

A identificação das necessidades do objeto é composta pela relação que este possui com seu ambiente sociocultural e ambiental e, assim, pode determinar que instrumentos são aplicáveis à situação encontrada. Identifica-se, assim, “uma articulação entre a racionalidade instrumental por meio da ação no trabalho e a racionalidade substantiva na tendência de equidade social e diversidade cultural” (CABREIRA, 2003, p. 85).

Um dos sentidos apreendido através das falas indica o instrumento de trabalho da enfermagem com característica interdisciplinar, interagindo entre os diferentes profissionais,

evidenciando um compromisso cultural com o processo educativo em saúde contido no depoimento das sete enfermeiras.

O objetivo do PSF é maravilhoso quando se consegue fazer tudo como deve ser feito. Eu uso como princípio educar, para que não seja só a doença. (TRABALHADORA 1- enfermeira)

O trabalho destes profissionais se revela fundamentado no processo educativo em saúde como racionalidade teórica, que Leff (2001, p. 137) define como valores articulados com os processos ecológicos, culturais, tecnológicos, políticos e econômicos que constituem as condições materiais, os potenciais e as motivações que sustentam a construção de uma nova racionalidade social e produtiva. Nesta perspectiva, o trabalho da enfermeira está apoiado nos aspectos socioambientais que interagem no ambiente de trabalho na relação sujeito/trabalhador e sujeito/objeto.

Nesta direção, esta racionalidade instrumentaliza a ação dos sujeitos e demonstra uma preocupação formal em olhar o objeto, sujeito/social, em sua dimensão cultural, estruturando a ação, pela necessidade coletiva, global, compreendendo que ela seja “capaz de identificar e satisfazer necessidades gerais, nas quais as necessidades de saúde estão inclusas e, encontre correspondência na liberdade dos seres humanos na relação com a natureza social particular ou coletiva” (CABREIRA, 2003, P. 76).

Cabreira (2003, p. 77) apoiada em Leff (2001) ressalta que, nesta direção, os sujeitos culturais necessitam adquirir condições de assumir a posição de sujeitos da ação consciente, condicionados na emergência de “novos valores e novos princípios que levam a reorganização social e da produção para a reapropriação da natureza e da cultura”, constituída através dos movimentos de cidadania, como forma de “gerar novas estratégias de poder capazes de vulnerar as fortalezas construídas em torno dos interesses do capital, para arraigar na natureza e na cultura uma nova racionalidade produtiva”. Ou seja, o processo educativo, ao permear o

processo de trabalho da enfermagem, permite a este contribuir para a construção de atores sociais compromissados com a (re)organização da atenção à saúde.

Retomando as atividades das enfermeiras, através dos achados empíricos, destaca-se outra ação visualizada pelas trabalhadoras como presente em seu processo de trabalho: a **atividade administrativa**.

As ações administrativas foram ressaltadas pelas sete (07) enfermeiras entrevistadas e identifica-se na fala dessas profissionais a realização de atividades administrativas na unidade, que compreendem a organização das condições de trabalho e a coordenação do trabalho da equipe, que inclui a capacitação e supervisão do ACS.

Eu faço o CP, exame de mamas, pré-natal, puericultura e tudo mais de assistência. E também de tudo um pouco, desde ser motorista da equipe a buscar material, controlar os ACS, tudo. (HUMILDE - enfermeira).

Basicamente as minhas ações são coleta de preventivo de câncer de colo uterino, exame das mamas, pré-natal, puericultura, visita domiciliar junto com os ACS e a auxiliar. Além de toda a burocracia que tem aqui, manutenção, pedidos de material, férias, essas coisas. (TRABALHADORA 1- enfermeira).

Tem ainda a supervisão do ACS e do auxiliar, as atividades de rotina da unidade.(QUESTIONADORA - enfermeira).

Destaca-se aqui a referência à burocratização do trabalho, o sentido dado pela trabalhadora está imbuído da rotina diária de preenchimento de formulários, que visam o monitoramento e acompanhamento do trabalho no SF. O gerenciamento desta ação parece estar relacionado ao trabalho da enfermeira, ou esta parece sentir-se responsável por desempenhar este papel.

A organização do trabalho na unidade aparece como forma de atender às necessidades e aspirações do coletivo do trabalho, assim, o objeto desta ação é o sujeito/trabalhador/coletivo que, tendo atendido as suas necessidades, será propulsor da identificação das necessidades do sujeito/social/coletivo.

No sentido de atender à necessidade do trabalho, surge a supervisão e o acompanhamento das atividades do ACS e do auxiliar de enfermagem. Esta ação é descrita como atribuição do enfermeiro no anexo II da portaria 1886 de 18 de dezembro de 1997, que refere como atribuição básica deste profissional coordenar, acompanhar, supervisionar e avaliar sistematicamente o trabalho dos ACS e do auxiliar de enfermagem. Frente à fala das trabalhadoras, esta ação da enfermeira, parece estar voltada à educação permanente desses profissionais com o objetivo de manter a qualidade da assistência prestada pela equipe.

A possível centralização da gestão da unidade saúde da família, na enfermeira, esta relacionada à formação técnica deste trabalhador. Para Peduzzi (2000) “ao pensarmos o conjunto de saberes e responsabilidades específicos deste profissional poderíamos considerar seu núcleo de competência centrado em três dimensões: o cuidado de enfermagem; o monitoramento das condições de saúde individual e coletiva (por meio da consulta individual e/ou em atendimento grupal) e as ações gerenciais voltadas ao cuidado”. É possível identificar a presença destas três dimensões no trabalho desenvolvido, pela enfermeira, na estratégia de SF.

A análise do trabalho da enfermeira permite considerar a referência de Almeida e Mishima (2001) ao compreender que o núcleo de competência de cada profissional⁸, isoladamente não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde, portanto é necessária flexibilidade nos limites das competências para proporcionar uma ação integral.

A partir daí é preciso visualizar o trabalho no saúde da família como um campo de competências e responsabilidades⁹ comuns a todos os membros da equipe, que emerge de um

⁸ Entende-se por núcleo de competência o conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissional (CAMPOS, 1997, p. 248).

⁹ Por campo entende-se os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a vários profissionais ou especialidades (CAMPOS, 1997, p. 249).

trabalho coletivo que agrega intervenções técnicas e interações sociais entre os sujeitos. (PEDUZZI, 1998).

A enfermagem tradicionalmente vem ocupando este espaço de “gerência”, de coordenação do processo de trabalho da equipe, na tomada de decisão sobre as ações administrativas referentes à equipe e nas questões técnicas com referência ao auxiliar e ao ACS. Gerenciar, segundo Tancredi (1998), é o processo de tomar decisões que afetam a estrutura, os processos de produção e o produto de um sistema. Implica coordenar os esforços das várias partes desse sistema, controlar os processos e o rendimento das partes e avaliar os produtos finais e resultados.

No entanto, quando se trata do trabalho em equipe no SF esse gerenciamento tem que contar com a efetiva participação de todos, para que possa haver um planejamento do trabalho.

Para este mesmo autor o planejamento é um processo que depende fundamentalmente de conhecer intimamente a situação atual de um sistema e definir àquela a que se pretende chegar. Salienta ainda que aparentemente pode haver gerenciamento sem planejamento, no entanto, essas ações são complementares e seu conjunto dará a real potência ao trabalho.

Assim é possível visualizar que o trabalho gerencial desenvolvido pelo enfermeiro busca a construção de uma lógica que preside o processo de trabalho como produção e satisfação de necessidades, através da ordenação deste processo, identificando limites e potenciais para o trabalho da equipe.

4.2.1.3 O Trabalho da Auxiliar de Enfermagem

O trabalho desenvolvido pela auxiliar de enfermagem, é de fundamental importância para o trabalho da equipe, já que este tem a característica de complementar a ação desencadeada pelos demais profissionais.

Ao analisar o trabalho do auxiliar de enfermagem foi possível identificar a realização de ações que ocorrem no campo da atenção individual e também da atenção coletiva.

Bem, as ações que eu faço, têm a visita domiciliar, as vacinas, curativo, administração de medicamentos, pré consulta, coleta de material para laboratório, nos grupos que eu acompanho a enfermeira ou a médica. Acompanho os Agentes de saúde também, essas coisas. (OTIMISTA – auxiliar de enfermagem)

O auxiliar de enfermagem refere suas atividades no atendimento de demanda que é feito individualmente aos clientes que chegam à unidade, através da assistência de enfermagem na realização de procedimentos comuns à atenção curativa. Estas atividades de cuidado evidenciam a satisfação das necessidades individuais do objeto/sujeito da ação que busca no serviço o atendimento de uma necessidade imediata.

O depoimento desses trabalhadores revela a atuação junto às atividades coletivas no acompanhamento dos demais membros da equipe e identifica no seu processo de trabalho a visita domiciliária e o acompanhamento do ACS, como atividades que trazem valor e significado ao seu trabalho.

O MS (1998, p. 14), ao definir as atribuições técnicas do auxiliar de enfermagem refere que este realize procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio, participe das ações educativas junto à equipe e execute ações de orientação sanitária.

É possível verificar, a partir da fala dos sujeitos, que, no desempenho de suas atribuições, está presente a educação para a saúde.

As ações de alguma forma são educativas na saúde. E outra coisa, educativas e vamos dizer assim, e objetivas que são as coisas que eu faço no dia-a-dia como fazer curativo, aplicar injeções, tu entende, e coisas preventivas também, vacinação, visitas domiciliares para ver o ambiente em que as famílias vivem e o cuidado que elas precisam. (ALEGRE – auxiliar de enfermagem)

A utilização da visita domiciliar como instrumento de trabalho parece aproximar trabalhador e cliente, numa perspectiva de apreender os aspectos sociais e culturais,

possibilitando a identificação e satisfação das necessidades do objeto, sujeito/social. Visualiza-se a presença da racionalidade cultural permeando as ações do trabalho do auxiliar.

Esta tentativa de aproximar o cuidado em saúde da questão socioambiental da comunidade, utilizando a educação em saúde como instrumento de intervenção, presente nas falas destas trabalhadoras, e que também emergiu nos depoimentos do médico e da enfermeira, revela no SF um compromisso com as relações sociais do trabalho.

A VD também foi evidenciada no trabalho do auxiliar como uma prática da atenção individual e que se orienta para uma intervenção coletiva do trabalho.

A adoção desses instrumentos parece possibilitar a este trabalhador visualizar o cotidiano da sua área de atuação, visualizando a realidade concreta das famílias que vivem ali, contextualizadas por suas características sociais, culturais e ambientais, contribuindo para satisfação de sua necessidade particular e/ou coletiva, na produção de saúde.

4.2.1.4 O Trabalho do ACS

Os ACS são os sujeitos que mais se mostraram integrados à realidade local. Identificam como seu principal instrumento de trabalho a visita domiciliar, sendo assim, é a ação em que dão maior ênfase quando falam de seu trabalho.

Eu vou nas casas, a gente tem um assunto todo mês para debater com as pessoas. Procuro orientar aqueles que tem dúvida, explico o que é o PSF, o que a gente tem para oferecer no posto. (SINCERA – ACS)

O MS (1994) define o ACS como um trabalhador que integra a equipe de saúde da família e a comunidade local, prestando cuidados primários a essas famílias, auxiliando-as a cuidarem da própria saúde através de ações individuais e coletivas.

A visita domiciliar enquanto prática cotidiana do PSF foi evidenciada como instrumento que proporciona ao ACS o conhecimento da realidade local e a aproximação das

famílias, identificando as condições de vida e a realidade local da comunidade onde está inserido.

O conhecimento desta realidade possibilita ao ACS identificar as famílias em condição de vulnerabilidade, Takahashi & Oliveira (2001, p. 225) apoiadas nos estudos de Mann (1993) dizem que o conceito de vulnerabilidade busca avaliar a suscetibilidade de indivíduos ou grupos a um determinado agravo à saúde.

A vulnerabilidade individual está relacionada ao conhecimento a cerca do agravo e a existência de comportamentos que oportunizam a ocorrência da infecção. A vulnerabilidade programática leva em conta o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização desses serviços, o vínculo entre profissionais e usuários, as ações preconizadas para a prevenção e o controle do agravo e os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde.

Salientam que a vulnerabilidade é determinada ainda por condições cognitivas (acesso à informação, reconhecimento da suscetibilidade e da eficácia das formas de prevenção), comportamentais (desejo e capacidade de modificar comportamentos que definem a suscetibilidade) e sociais (acesso a recursos e capacidade de adotar comportamentos de proteção).

Nesta perspectiva, o trabalho do agente tem a possibilidade de identificar esta vulnerabilidade, promover a saúde através da ação educativa voltada a toda a comunidade, com ênfase nos grupos abordados pelo programa em função do risco à saúde, além de atuar em conjunto com a equipe na elaboração de estratégias para atender os problemas identificados.

O ACS apresentou-se como o membro da equipe capaz de aproximar a unidade da comunidade, ressaltando isso como benefício para o seu trabalho.

Sextas-feiras têm as visitas domiciliares para quem não pode vir ao posto para medir uma pressão ou, consulta médica. A gente vai com o médico, às vezes vai a enfermeira junto. (SINCERA – ACS)

É possível concordar com Silva (2001) quando diz que o ACS é visto como um educador para a saúde, pois orienta a comunidade a utilizar os serviços de saúde, e torna-se um olheiro da equipe na captação das necessidades, identificação de prioridades e detecção dos casos de risco para intervenção da equipe de saúde .

Visualiza-se no grupo estudado que o ACS realmente assume seu papel de integrador. Ao aproximar a equipe da comunidade, permite a compreensão da realidade local e a identificação das necessidades peculiares de cada M.A. A equipe salienta que, para o conhecimento da comunidade, é essencial a atuação do ACS como se percebe na fala a seguir:

O principal é o agente. Ele mora lá, conhece as pessoas, quando a gente vai nas visitas ele nos diz fulano mora ali, é assim e assim. Indo lá, visitando as casas. (RESPONSAVEL – auxiliar de enfermagem)

A integração realizada pelo ACS é vivenciada por toda a equipe que se apropria do conhecimento dos diversos atores envolvidos no trabalho para dar à estratégia o caráter de uma prática de saúde humanizada e integradora.

4.2.2 Atividades Coletivas

As atividades coletivas foram referidas pelos vinte e sete sujeitos investigados neste estudo, e, portanto, foram analisadas no aspecto coletivo do trabalho, onde a participação de todos os trabalhadores ocorre na relação com o objeto da ação na identificação da necessidade a ser atendida.

Nesta direção, destacaram-se as atividades de grupo cujo objeto é o sujeito/coletivo e que parte de ações programáticas que visam a direcionar a atenção a grupos específicos de patologias ou condição de saúde (grupos de crônicos, gestantes, idosos, saúde mental). As atividades comunitárias também aparecem como essenciais no processo de trabalho do SF e

também têm como objeto da ação a coletividade na abordagem ampliada do processo de saúde, onde esta é visualizada além das questões orgânicas, limitadas ao corpo e partem para a construção de espaços de cidadania onde trabalhadores e comunidade interagem em busca da qualidade de vida.

As sete equipes ressaltaram as atividades com grupos como instrumento potencial para mobilização¹⁰ e educação em saúde¹¹.

A gente trabalha grupo de hipertensos, diabéticos, de saúde mental e o grupo de gestantes. Pra saúde mental a gente aluga uma casa e nas terças e quartas-feiras, eles se reúnem para fazer atividades de manicure, artesanato. Este trabalho é pra eles se sentirem úteis, melhorar a auto-estima. (HUMILDE - enfermeira)

A fala da trabalhadora ressalta a abordagem coletiva como uma ação capaz de resgatar valores e sentimentos, deixando de ser apenas mais uma atividade da equipe para ser uma ação voltada ao resgate da cidadania, da auto-estima, do cuidado de si e da compreensão da saúde que vai além das práticas médicas.

Para dar conta dessas questões os trabalhadores relatam, nas sete ESF apresentadas no estudo, a importância do processo educativo.

A gente procura trabalhar com educação para saúde, eu acho que é uma coisa importante, que pega no PSF, aliás, dentro de qualquer programa de saúde. Então tu tem que ter o jogo de cintura entre o político e o que é o

¹⁰ A OPAS traz a mobilização da comunidade como uma estratégia de promoção da saúde que visa à mobilização e o incremento da ação comunitária, que precisa considerar este imaginário e trabalhar as representações sociais sobre saúde e doença da população de forma a minimizar a distância entre os saberes populares e os científicos, entre as concepções leiga e técnica sobre saúde. Ela precisa partir da construção de um projeto que se volta para a melhoria das condições materiais de vida e de saúde das comunidades, que se implementará cotidianamente, concretamente, na organização e no fortalecimento dos setores populares, governamentais e da sociedade civil e no fortalecimento da relação participativa da comunidade com o serviço de saúde. (www.opas.org.br/coletiva/temas.cfm?id=18&area=Conceito acesso em 16/05/2005)

¹¹ Segundo Vasconcelos (2001) a educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde ligado à criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidianos da população. A partir da década de 70, a participação de profissionais de saúde nas experiências de educação popular trouxe para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares, que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde. A educação popular em saúde passou a constituir-se como instrumento de reorientação da globalidade das práticas de saúde, na medida em que dinamiza, desobstrui e fortalece a relação com a população e seus movimentos organizados. (VASCONCELOS, 2001, P. 14)

ideal e o que a gente pode fazer. Então é como eu digo, mais jogo de cintura do que dançarina do ventre (risos), não é fácil. (SOLIDÁRIO - médico)

É possível identificar a valorização da educação para a saúde como instrumento do processo de trabalho, como possibilidade de transformação do perfil de saúde da população. No entanto, a fala revela as dificuldades encontradas por estes trabalhadores na efetivação da proposta educativa na abordagem comunitária quando expressam a dificuldade em realizar este trabalho que, por vezes, é tolhido por questões políticas do gestor, pelos limites técnicos-financeiros e também pela difícil adesão da população.

Os trabalhadores, de forma geral, se referem aos grupos como uma atividade comum a toda a equipe, onde há espaço para a participação dos sujeitos que contribuem com seus saberes e práticas na construção coletiva da ação. Existe uma valorização por parte da equipe para esta prática como potencializadora do resgate da humanização nas práticas de saúde e da cidadania.

A adoção desta prática pelas ESF corresponde às orientações e protocolos do MS, que considera “papel da equipe a realização de práticas educativas para enfrentar os problemas identificados e também está relacionada à identificação de necessidades, através do conhecimento da realidade local e do diagnóstico comunitário realizados pela equipe no decorrer do processo de trabalho” (MS, 1998, p. 13).

Bom, a gente prioriza as gestantes, crianças de 0 a 2 anos, diabéticos, hipertensos e saúde da mulher. São esses cinco que a gente dá prioridade assim, são as metas que a gente tem que atingir, então é o que a gente mais corre atrás. (COMUNICATIVA – ACS)

Parte das atividades são basicamente realizadas em função desse diagnóstico prévio, no que diz respeito aos diabéticos e hipertensos. Foi feito um cadastramento, foram identificadas essas pessoas, hipertensas, e em função disso a gente formou os grupos, e trabalhando alcançamos, hoje esses grupos são essencialmente educativos. (JUSTO - médico)

A fala dos trabalhadores revela a prática coletiva de atividade de grupo ainda centrada na atenção a grupos específicos que apresentam risco a saúde¹². Surge mais uma vez a identificação da necessidade do objeto/sujeito/coletivo centrada na doença e na necessidade dos sujeitos/trabalhadores em “controlar” as demandas oriundas desses grupos. Mesmo limitados às demandas espontânea e programática do serviço, os trabalhadores identificam possibilidades de promoção da saúde, através do processo educativo, nas atividades individuais e coletivas.

Identifica-se na fala dos sujeitos que mesmo demonstrando conhecimento da comunidade em que atuam, as equipes não conseguem ultrapassar a rotina de trabalho definida pelos protocolos do MS, que define os grupos prioritários e as medidas a serem realizadas como forma de normatizar as ações.

O depoimento dos sujeitos remete à necessidade de atingir metas pré-estabelecidas pelo MS, através da produção de atividades específicas a cada profissional da equipe. Essas metas são relacionadas aos grupos de risco que o MS define, através de seus protocolos, como grupos prioritários: diabéticos e hipertensos, portadores de tuberculose e hanseníase, crianças de zero a cinco anos e gestantes.

As equipes evidenciam ainda a adoção da VD como prática que busca identificar as necessidades do ambiente de trabalho (família, comunidade, unidade) onde está inserido o objeto/sujeito/coletivo do trabalho da equipe.

(...) a gente tenta trabalhar junto com eles, os agentes e a comunidade. É através das visitas domiciliares que a gente fica mais próximo deles.(OTIMISTA – auxiliar de enfermagem)

A identificação da necessidade está atrelada ao conhecimento da realidade da população atendida e na identificação dos problemas prioritários, que se dá principalmente pela identificação dos grupos de risco, a partir do diagnóstico de saúde realizado pelo ACS.

¹² Segundo Takahashi e Oliveira (2001) os grupos de risco são grupos distintos no território e homogêneos em função das condições de vida, vulnerabilidades aos agravos e as condições protetoras.

Este conhecimento possibilita uma maior aproximação da realidade local e a identificação das condições socioeconômicas e ambientais das comunidades. Segundo Silva (2001), a reorganização das práticas de saúde é essencial para superação do modelo tradicional em busca da qualidade dos serviços e da humanização das práticas de saúde. Os dados apresentam uma valorização da realidade da população com a qual se trabalha através de ações que atinjam grupos prioritários, facilitando o acesso e qualificando o trabalho.

A gente prioriza a inter-relação entre a saúde e a comunidade. A agente tem como objetivo aproximar a comunidade do posto, fazer com que não vejam os profissionais da saúde como pessoas inalcançáveis, né. (AMIGO - ACS)

Visualiza-se o atendimento às necessidades imediatas, principalmente orgânicas, relacionadas ao processo saúde doença, contextualizadas pelo conhecimento dos valores culturais e ambientais, através da aproximação do profissional com o sujeito/objeto no seu contexto de vida (CABREIRA, 2003). Ou seja, observa-se a valorização das práticas relacionadas ao conhecimento da comunidade, a percepção do processo saúde-doença e a aproximação equipe/comunidade.

A racionalidade substantiva como um sistema de valores¹³ que orienta as ações “busca a satisfação das necessidades básicas e uma melhor qualidade de vida; atender às necessidades e aspirações da população, a partir de seus interesses e contextos culturais, fortalecendo os direitos de autonomia cultural” (LEFF, 2001 p. 138-139), nesta direção, acrescento a produção de saúde voltada às características socioambientais do trabalho.

Assim, pode-se ultrapassar os limites do trabalho em saúde da família para além das práticas de saúde que visem à promoção, a prevenção e a recuperação da saúde. A fala do sujeito possibilita esta relação.

A gente criou a tenda que é uma maneira de se integrar mais com a comunidade porque a própria comunidade se encarrega disso, de espalhar

¹³ Sistema de valores - compreende o trabalhador no seu espaço de trabalho e na relação com a comunidade onde atua.

isso, por exemplo, o baile dos hipertensos e diabéticos, a cidade inteira já sabe, sai no jornal, então a gente investe nisso, essa tenda da saúde, também um sábado a gente vai pra lá fica junto com a comunidade. (SOLIDÁRIA – enfermeira)

A atividade comunitária, relatada pela trabalhadora, caracterizou-se pela atuação da equipe em atividades que aproximam e integram equipe e comunidade. Este relato apareceu em três das sete equipes estudadas e revelou como objeto o sujeito/coletivo, abordado através do instrumento de educação em saúde, visando atender uma necessidade dos trabalhadores de integrar-se no seio da comunidade. Esta aproximação parece mobilizar a população nas questões relativas a saúde e resgatar os valores de vida saudável.

Outra atividade que envolve a participação efetiva da comunidade é a reunião comunitária, esta ação objetiva envolve a comunidade na discussão sobre sua saúde e as estratégias a serem adotadas em busca da solução dos problemas.

Uma dentre as sete equipes entrevistadas fez referência a esta atividade.

Esses grupos, eles se formam assim, a gente reúne mais ou menos as lideranças de determinada microárea, a gente começou esse ano a fazer isso. Então, a gente está na primeira união de todos eles, fechando o ciclo da primeira reunião. A gente está falando sobre o quê que é o PSF; a diferença do modelo antigo para o modelo atual, o que contempla, o quê que é a multidisciplinaridade, porque que o enfermeiro atende também como o médico, esse tipo de coisa. Então, a gente está tentando explicar a eles como é que é, como é que funciona, assim, e as vantagens que tem. É isso". (CLARO - médica)

A fala do sujeito permite identificar um processo recente mas que partiu da necessidade dos trabalhadores em instrumentalizar o objeto sujeito/coletivo do trabalho, passando a estes a compreensão sobre a dinâmica do SF e as estruturas sobre as quais está alicerçado.

A troca de informações entre equipe e comunidade possibilita a construção de um trabalho coletivo, integrando ações individuais e coletivas, através de reorganização da atenção da saúde, considerando os aspectos socioambientais das comunidades.

A partir da análise das atividades da equipe, evidenciadas pelas falas dos sujeitos, em atividades individuais, através das quais buscou-se entender o processo de trabalho de cada profissional atuante na equipe e em atividades coletivas que são desenvolvidas pelo conjunto de atores do trabalho, é necessário compreendermos como ocorre o desenvolvimento do trabalho em equipe, suas características e dificuldades, sendo esta discussão apresentada na categoria “O trabalho da equipe”, descrita a seguir.

4.3 O Trabalho da Equipe

O MS destaca o trabalho em equipe, no conjunto das características do PSF, como um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho, enquanto possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva¹⁴ (BRASIL, 1997; 2001).

A equipe de saúde da família tem como proposta de atuação, conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2002).

O trabalho da equipe prevê a ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico, demanda mudanças na forma de atuação e na organização do trabalho. Cada profissional é chamado a desempenhar sua profissão em um processo de trabalho

¹⁴ A **atenção integral** envolve trabalhar com um conceito mais amplo de saúde, com a idéia da equipe, com a ampliação da concepção de cuidado e com o compromisso das pessoas de colocar as necessidades do usuário como centro do pensamento e da produção do cuidado e da organização dos serviços (FEUERWERKER, L. 2004) disponível em <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start> acesso em 23/02/2005.

A **resolutividade** é um princípio organizativo do SUS, que prevê a capacidade do serviço de saúde para enfrentar e resolver as necessidades que um indivíduo busca no atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, até o nível de sua complexidade.(disponível <http://www.saudeprev.com.br/psf/angela/organizacao.sus.php> acesso em 24/02/2005

coletivo, cujo produto deve ser fruto de um trabalho que se forja com a contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento. Espera-se que, os integrantes das equipes sejam capazes de “conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade, como também compartilhar conhecimentos e informações” (BRASIL, 2001, p.74).

De acordo com Schraiber et al. (1999), o fato de as necessidades de saúde expressarem múltiplas dimensões, complexifica o conhecimento e as intervenções acerca do objeto. Neste sentido, o trabalho em equipe no SF requer a construção de um trabalho coletivo.

A estruturação de um trabalho coletivo pressupõe a adoção de um trabalho interdisciplinar em equipe¹⁵. Ao considerar o estabelecimento de equipes multiprofissionais como um dos elementos chave para o desenvolvimento do trabalho na SF, Almeida e Mishima (2001) compreendem que a estratégia pode evoluir para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, como horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, com maior autonomia e criatividade dos agentes e conseqüentemente maior integração da equipe. Isso, através de um plano de ação que permita o olhar vigilante e uma ação cuidadora, com responsabilidade integral sobre a população, compreendida como parceira da equipe de saúde.

A discussão desta categoria abordará o trabalho em equipe, na sua característica de ação interdisciplinar,¹⁶ enquanto, prática capaz de proporcionar a articulação, a interação e a integração da equipe no desenvolvimento do trabalho.

A multiprofissionalidade do trabalho no SF é uma característica que ocorre a partir do agrupamento dos profissionais em uma mesma equipe de trabalho. Já a interdisciplinaridade

¹⁵ Peduzzi (1998) observa que a interdisciplinaridade a produção de conhecimento, tem caráter epistemológico, é a integração de varias disciplinas do conhecimento, e a multiprofissionalidade diz respeito a atuação conjunta de varias categorias profissionais.

¹⁶ O conhecimento interdisciplinar compõem-se de uma lógica de descoberta, uma abertura recíproca, uma comunicação entre os domínios do saber, uma atitude que levaria o perito a reconhecer os limites de seu saber para receber contribuições de outras disciplinas. (SÁ, 1989 p. 83)

do trabalho é uma característica que se constrói na medida em que, os trabalhadores estão dispostos a compartilhar espaços e conhecimentos no cotidiano do trabalho. É possível identificar, através dos dados empíricos, esta relação interdisciplinar em seis das sete equipes estudadas.

São cinco turnos de atendimento médico por semana e os outros cinco a gente divide nas outras coisas. A enfermeira atende também, tem grupo de gestante, os grupos de puericultura, a auxiliar faz toda uma parte de educação em cada paciente que vem para medir a pressão, para pegar uma medicação, uma coisa assim. Claro que eu trabalho lá dentro com ela, a gente tem mais a burocrata, embora não faça parte da equipe é uma pessoa que está sempre disposta a orientar, esse tipo de coisa. E a assistente social, chegou agora assim (...) esta aí que é excelente. Então, a gente trabalha mais ou menos integrado, assim, se eu tenho alguma coisa e acho que precisa que a enfermeira venha aqui, vou lá, chamo ela, a gente se divide e ela também a mesma coisa. (CLARO – médica)

O depoimento da trabalhadora revela um domínio da ação do trabalho dos diversos sujeitos envolvidos, a integração¹⁷ da equipe nas atividades desenvolvidas e a valorização do papel de cada trabalhador no processo de trabalho, com vistas à construção de um trabalho coletivo.

Schraiber et al. (1999) compreende que, a articulação¹⁸ das ações ou do trabalho, requer que cada agente tenha um dado conhecimento do trabalho do outro e o reconhecimento de sua necessidade, enquanto trabalhador que possui um núcleo de competência e contribui para a atenção integral à saúde.

Nas sete ESF entrevistadas é evidente a existência de integração entre os profissionais no desenvolvimento do trabalho, como evidencia a fala da trabalhadora:

¹⁷ Ferreira (1999) diz que integração é o ato ou o efeito de integrar-se. Neste estudo a integração é entendida como a ação ou política que visa integrar ou associar grupo de atores envolvidos no mesmo processo para estimular a participação e harmonização em busca do resultado desse processo (conceito construído a partir dos diversos sentidos da palavra integração trazidos pelo dicionário Aurélio, Ferreira, 1999).

¹⁸ A articulação entre as ações compreendem conexões entre as diferentes atividades que são ativas e conscientemente colocadas em evidência pelos agentes que as realizam (SCHRAIBER et al., 1999).

Fora à parte médica, de atendimento médico, eu acompanho os grupos de crônicos: hipertensos e diabéticos.(...) Acompanho o grupo de mulheres que a gente faz entrega de pílula. Acompanho a puericultura que a Enfermeira que faz, mas sempre tem alguma coisa, mãe quer saber alguma coisa, a gente entra e faz. As visitas domiciliares e os grupos na comunidade “. (CLARO – médica)”.

A ACS vai nas casas, faz a visita, vê qual é a dificuldade daquela família e aí ela traz pra gente e tenta resolver. Aí a gente tenta resolver, vai com o médico, com a enfermeira na casa, vê o que a pessoa está precisando. (SINCERA – auxiliar de enfermagem)

A fala das trabalhadoras identifica a construção de um trabalho coletivo, que ocorre a partir da articulação e da interação entre os membros da equipe, onde os saberes específicos de cada profissional estão preservados, e a articulação dos saberes e responsabilidades permeia o campo de competência da saúde coletiva.

O estudo de Pedrosa e Teles (2001) sobre o trabalho em equipe no PSF, revelou a ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e o baixo grau de interação¹⁹ entre as categorias profissionais. Silva e Trad (2004) ao abordar o trabalho da equipe evidenciaram a articulação entre as ações no âmbito do processo de trabalho, refletida principalmente no interesse em conhecer o trabalho do outro, o que consideram um avanço, tendo em vista a tendência à fragmentação. Salientam ainda que, “de modo geral, a articulação ocorre durante o próprio atendimento do usuário e tem como objetivo produzir o melhor resultado das intervenções técnicas, o que é relevante e desejável” (SILVA e TRAD, op.ct., p. 35).

Os estudos citados demonstram uma evolução na relação do trabalho em equipe, o que valida os achados deste estudo, que revelaram a valorização do trabalho em equipe no grupo acompanhado, através de um trabalho coletivo onde há interação entre os sujeitos envolvidos.

A fala dos sujeitos revela que “dar conta” desta tarefa não é um processo simples. As equipes abordadas neste estudo revelam a dificuldade em incorporar no serviço de saúde,

¹⁹ A articulação entre as ações compreendem conexões entre as diferentes atividades que são ativas e conscientemente colocadas em evidência pelos agentes que as realizam (SCHRAIBER et al., 1999).

tradicionalmente construído para a atenção curativa, essa nova prática assistencial, que vislumbra, trabalhadores e população, como sujeitos contribuintes em potencial para estabelecer um novo olhar para a saúde.

A gente trabalha bastante essa questão educativa, tentando mostrar que a gente não pode transformar, porque, a filosofia do PSF é a mudança do modelo assistencial, então a gente tem que parar e não ficar só no atendimento, por isso que a gente até, a gente deixa pela manhã bem liberado, mas à tarde a gente tenta explicar para as pessoas, quando vem buscar atendimento, que a gente tem grupo, e que a gente tem visitas domiciliares pra fazer, claro, que toda aquela pessoa que está com dor, com febre, ou com sangramento, qualquer coisa que tem que ser atendido, a gente atende depois vai pras visitas, mas a gente tenta colocar isso logo de início como uma rotina porque se não, fica todo tempo no posto, e as visitas domiciliares, elas são muito importantes. (ATUANTE - enfermeira).

A cultura da população fortemente arraigada ao modelo tradicional de atenção a saúde evidencia, nas sete equipes deste estudo, uma preocupação em revelar a comunidade à dinâmica de funcionamento da unidade saúde da família, através de atividades coletivas que proporcionem uma aproximação entre equipe comunidade.

Os achados empíricos demonstram o envolvimento de toda a equipe neste processo, que se revela lento e exige o estabelecimento, principalmente, do vínculo entre equipe e comunidade, por meio de um acolhimento que permita identificar as necessidades desta população. Neste sentido, é possível concordar com Merhy (2002, p. 77) quando diz que:

(...) a relação trabalhador/usuário se dá numa lógica acolhedora, a qual se destaca como sendo o espaço interseção trabalhador/usuário que se abre para um processo de escuta dos problemas, para uma troca de informações, para um mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e para um processo de decisões que pode possibilitar intervenções pertinentes e/ou eficazes, em torno das necessidades dos usuários finais.

Os trabalhadores revelam uma preocupação da equipe em desenvolver as atividades previstas pelo programa, com vistas a uma atenção diferenciada a população da área de abrangência. Esta relação se torna mais evidente nas atividades programadas.

O objetivo é o acompanhamento das famílias do programa, acompanhamento de hipertensos e diabéticos em relação a medicação, a própria orientação sobre a doença (...) acompanhamento de gestantes com o

objetivo de que elas realizem o pré-natal, principalmente no primeiro trimestre. Acompanhamento de vacina das crianças dando prioridade pra menores de 02 anos, e acompanhando elas até os 06 anos de idade. Promover a cidadania é um dos objetivos também, fazer com que as informações cheguem na comunidade. (OTIMISTA - auxiliar de enfermagem)

A trabalhadora refere o desenvolvimento de atividades coletivas para o atendimento as demandas programáticas. Almeida e Mishima (2001) enfatizam que estabelecer um rol de atividades e funções, buscando definir um perfil mínimo para atuação, não é suficiente para um trabalho em saúde compartilhado, humanizado, com responsabilidade e vínculo com a comunidade. É necessário considerar que a unidade produtora de saúde não é um profissional isolado, mas sim a equipe; que o foco da atenção não é somente o indivíduo, mas a família e seu entorno, a assistência passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade são necessárias.

No entanto, a influencia da formação ainda é predominante, de forma geral o médico é responsável pela atenção individual de demanda e o enfermeiro está mais ligado às ações programáticas vinculadas aos grupos prioritários. Ao tomarmos a portaria nº 1.886/GM de 18 de dezembro de 1997(Brasil, 1997, anexo 2) observa-se que:

“a unidade de saúde da família é definida como uma unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência continua nas especialidades básicas, através de equipe multiprofissional desenvolvendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, características do nível primário de atenção, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente”.

Nesse sentido, o trabalho coletivo na prática do SF requer atuação nos diversos campos de intervenção, mudança no perfil dos sujeitos do processo de trabalho, tanto no plano individual, de cada profissional e trabalhador de saúde, quanto, principalmente, no perfil do “sujeito coletivo”. Entenda-se por “sujeito coletivo”, não apenas a equipe multiprofissional responsável pelas ações de saúde em cada território específico, como se coloca no âmbito da estratégia de Saúde da Família, em que pesem seus limites (Campos &

Belisário, 2001; Paim, 2001), mas a população organizada em torno da promoção da saúde e da melhoria da qualidade de vida, em um processo de “empoderamento” não só político, mas também cultural. (TEIXEIRA, 2000 p 157).

Existe dificuldade do médico adaptar seus conhecimentos e tecnologias, adquiridas por sua formação conservadora, à prática da saúde da família. Para Campos (1997), Vasconcellos (1999), é reconhecida a dificuldade da inserção dos médicos em programas de atenção integral à saúde, em virtude das características da medicina científica. E essa dificuldade poderia ser contornada pela divisão de trabalho, entre diferentes categorias profissionais e suas especialidades, para que o somatório dessas práticas garantisse a integralidade das ações.

No entanto, somente o somatório das práticas não é suficiente, é preciso articulação em uma equipe multiprofissional. A articulação refere-se à recomposição de processos de trabalho distintos e, portanto, à consideração de conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional (CIAMPON E PEDUZZI, 2000).

É possível identificar algumas mudanças na atuação dos profissionais médicos envolvidos neste estudo, principalmente na atuação junto à equipe nas atividades diárias, na valoração do território, no conhecimento das necessidades e da realidade em que atuam. Identifica-se em seis das sete equipes investigadas a interlocução entre os profissionais, caracterizando uma relação interdisciplinar com troca de saberes e crescimento mútuo a todos os sujeitos envolvidos no processo de trabalho.

Na fala a seguir pode-se observar este processo de mudança:

Durante todo esse período que eu estou aqui, embora pequeno, eu notei que existe mais entendimento, assim, por exemplo, eu particularmente, com os médicos. Eles escutam a tua opinião com mais importância. Em outro posto e até no hospital já não é a mesma posição. Então esse trabalho em equipe, tu esta vendo assim não, eu estou mostrando um lado que eu estou vendo, eles estão escutando. (QUESTIONADORA – Enfermeira)

Em geral a gente procura todo mundo participar de todas as atividades, muitas vezes são, não junto no mesmo dia, mas faz um rodízio entre nós, um exemplo: neste mês no grupo vai a enfermeira para não deixar a unidade sem atendimento e eu fico atendendo e no outro mês ela fica e eu vou, então a gente procura fazer um revezamento entre todas as atividades de forma alternada, quando a enfermeira está dando atendimento, as auxiliares geralmente acompanham o médico, o enfermeiro ou vão sozinhas, sempre o revezamento para que todas acompanhem todas as atividades. (VERDADEIRA – médica)

A fala nos remete a hierarquização do trabalho em saúde, nas relações de domínio do saber de determinadas categorias em relação a outras. Esta hierarquização dos saberes na prática do SF mostra-se flexível, no sentido de criar espaços de comunicação no processo de trabalho. Almeida e Mishima (2001, p.150) compreendem que “a saúde da família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes”.

O dado empírico nos mostra um avanço nesta perspectiva, revela o trabalho em saúde da família como potencial para transformar esta realidade e desvela a possibilidade concreta da construção do trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde.

O trabalho da ESF emerge através das múltiplas relações que se manifestam no interior do processo de trabalho, uma relação que está presente na fala dos sujeitos é a de valoração dos diversos sujeitos envolvidos no trabalho.

Nós temos assim, todas as terças-feiras nós nos reunimos, agora a gente está tentando se reunir, mas ainda tem aquela coisa assim “fechar o posto uma hora e meia pra conseguir sentar e organizar”. Não é fácil, já se passaram quatro anos, antes a gente tinha aquela coisa conversar um pouco, acabava sempre correndo aqui e ali, tentava fazer toda a rotina de trabalho, mas a gente chegou a conclusão de que tem que fechar, sentar todo mundo junto, e é uma maneira de a gente colocar os casos e todo mundo conseguir dar sua opinião, porque, não é uma pessoa só que está decidindo. (...) a gente senta e organiza, junto com os ACS, todo mundo junto, eles trazem pra nós quem está precisando de visita, a gente tenta ver por ordem de prioridade, prioriza os idosos, acamados, alguma criança que more muito longe. (ATUANTE – Enfermeira).

A gente sempre procura dar assim o melhor que tem, tanto o agente de saúde quanto a equipe de enfermagem, o médico. A gente sempre procura fazer o melhor. Aí um dia desse eu até estava falando sobre aquela campanha da vacina, essa de um a quatro anos, a gente estava olhando a lista, quem veio, quem não veio, aí tinha um que não veio. A enfermeira me disse: Vou fazer

um bilhetezinho tu entrega para a criança no colégio para dar pra eles (os pais)*. Aí eu falei para ela não, não vou entregar, vou é lá e conferir se veio ou não veio, porque nós somos os únicos que não podemos errar aqui. Os outros todos podem errar, mas se a equipe errar, se deixar um furo com o paciente aí pega mal. (TRANSPARENCIA – ACS)

É possível identificar na fala dos sujeitos uma relação de interação onde há possibilidade de construção coletiva do trabalho. É preciso ainda instrumentalizar os trabalhadores para que se apropriem desta relação interdisciplinar na construção de autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade.

Nesta direção, é possível referir que se o trabalho da ESF compreender os valores socioculturais, presentes em sua prática, como elementos transformadores do processo de trabalho em saúde, poderá construir uma racionalidade socioambiental que se traduz num “conjunto de práticas sociais que transformam as estruturas do poder associadas à ordem econômica estabelecida, mobilizando um potencial ambiental para a construção de uma nova racionalidade social alternativa” (LEFF, 2001, p. 85).

A construção dessa nova racionalidade social da atenção a saúde requer outros instrumentos, além dos já abordados neste capítulo. Sugere a formação continuada destes trabalhadores, através da educação permanente²⁰ dos recursos humanos envolvidos no trabalho.

A fala dos sujeitos refere esta necessidade de educação permanente.

Inclusive eu vou procurar esse curso de SF, aliás, tomara que tenha corum, vou procurar para aprender mais, quer dizer, nunca me dou por satisfeito. Todo esse trabalho que a gente já está fazendo, a gente pode fazer melhor, eu tenho essa idéia de que a gente pode fazer melhor. (SOLIDÁRIO – médico)

A Educação Permanente em Saúde (EPS) se compõe enquanto estratégia de fundamental importância para a recomposição das práticas de formação, de atenção, de gestão

* nota da autora

²⁰ Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde (...) entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. (Portaria nº 198/GM/MS - 13/02/2004)

e de controle social no setor de saúde. É um movimento tecnopolítico, em que a principal alteração no processo de ensino-aprendizagem, diz respeito à formação geral, crítica e humanística, sob a perspectiva da multiprofissionalidade e transdisciplinaridade²¹, além de levar em conta o conceito de clínica ampliada de saúde (NESC/UFPB.2004)²². O movimento envolve diversas representações sociais da saúde, a fim de formar uma articulação descentralizada interinstitucional. O movimento da EPS é bastante significativo à saúde, pois representa um avanço no processo de reforma da saúde no Estado brasileiro.

Desse modo, para o desenvolvimento da EPS, a proposta é que os processos de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde tenham como referência as reais necessidades das pessoas e da população, da gestão setorial e do controle social em saúde, para que, a partir delas, possam ocorrer transformações das práticas profissionais (Rede Unida, 2004)²³.

O contexto aqui evidenciado, reitera a reflexão feita por Leff (2001, p. 137) que diz que a racionalidade socioambiental é construída através de uma racionalidade cultural “entendida como um sistema singular e diverso de significações que não se submetem a valores homogêneos nem a uma lógica ambiental geral, que produz a identidade e integridade de cada cultura, dando coerência a suas práticas sociais e produtivas”. Nesta perspectiva, é possível crer na força da racionalidade do trabalho em saúde evidenciado na prática do SF, destacando alguns princípios norteadores como, a participação popular, a gestão/co-

²¹ Segundo Sá (1989) a noção de transdisciplinaridade expõe a transcendência de uma área de conhecimento profissional capaz de impor a sua autoridade as disciplinas, com objetivos que reúne as intenções e preocupações das diversas fundamentações teóricas.

²² Texto extraído do site do– Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba - www.ccs.ufpb.br/nesc/intr_polo.htm acesso em 15/02/2005.

²³ Boletim eletrônico/ informativo da Rede Unida n. 17 <http://www.redeunida.org.br/inrede/inreden17..> Acesso em 12/02/2005.

responsabilização e o acolhimento/vínculo como instrumentos capazes de efetivar as mudanças propostas pelo sistema de saúde em consolidação.

A partir da compreensão que o processo de trabalho das equipes, abordadas neste estudo, apresenta característica de ação interdisciplinar, onde os aspectos sociais, culturais e ambientais dos sujeitos envolvidos, trabalhadores e usuários, são apreendidos como saberes e práticas que partem da necessidade individual e/ou coletiva, contribuindo para a (re) organização da atenção, é possível buscar a identificação dos elementos socioambientais presentes no acolhimento, sendo esta discussão apresentada a seguir.

5 ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No transcorrer da pesquisa observou-se que o acolhimento está presente nas ações desenvolvidas pelas equipes abordadas neste estudo. A partir da análise do processo de trabalho das ESF, foi possível identificar que o acolhimento se caracteriza de duas formas: primeiro, como processo de trabalho permeando as ações desenvolvidas, apresentado no capítulo anterior desta análise e, segundo, como instrumento de trabalho do processo de produção de saúde com características socioambientais.

Esta categoria busca, portanto, desenvolver o segundo objetivo específico da pesquisa através da identificação dos elementos socioambientais que compõem o acolhimento na estratégia de Saúde da Família.

Nesta perspectiva, pode-se identificar os sentidos dados ao acolhimento, por meio da racionalidade ambiental, na construção de três elementos principais, que orientam o processo de acolhimento.

Na aproximação com a racionalidade cultural está a participação popular, contemplando a diversidade étnica e a integração de diferentes organizações culturais, através da educação em saúde como instrumento que possibilita a construção deste elemento do acolhimento.

Em relação à racionalidade instrumental, é possível identificar a gestão e a co-responsabilização como instrumentos tecnológicos que estabelecem os meios para a eficiência da gestão, relacionada à organização do trabalho, as modificações nas práticas profissionais e na cooperação entre trabalhadores e comunidade.

Orientado pela racionalidade teórica identifica-se o vínculo, como uma produção conceitual orientada para a construção de uma racionalidade produtiva, revelando um novo olhar sobre o processo de trabalho, onde visualiza-se o acesso, a participação popular e o acolhimento como instrumentos de efetivação e suporte para a racionalidade produtiva.

A apresentação dos achados foi realizada nas subcategorias de análise divididas em três momentos e descritas a partir da racionalidade socioambiental.

5.1 A Participação Popular

Na estratégia SF a participação popular²⁴ tem se mostrado um desafio para as equipes, uma vez que, mobilizar as comunidades para que participem de forma atuante nas decisões em saúde, requer habilidade por parte dos profissionais e envolvimento das comunidades nas ações de saúde.

A participação da comunidade está contida na lei referente ao controle social, que se caracteriza como um princípio e uma garantia constitucional regulamentada pela Lei Orgânica de Saúde (Lei n. ° 8.142/90), e estabelece duas formas de participação da população na gestão do SUS: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Nestes, as comunidades, por intermédio de seus representantes, pode formular, opinar, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as políticas e ações de saúde nas três esferas de governo, expressando e defendendo os seus interesses na gestão da saúde, com a função de formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

²⁴ A participação popular é entendida como ampliação decisiva da participação da sociedade na discussão, formulação e controle da política pública de saúde.(MS, 2004).

Outros componentes estratégicos podem ser adotados como formas de gestão participativa, tais como, por exemplo, a ampliação da participação dos trabalhadores de saúde na gestão, a geração de ambientes de trabalho saudáveis e solidários e a promoção de novas relações e vínculos dos trabalhadores com as suas instituições e com os usuários do sistema.

Segundo Borges (2002), a participação comunitária também está prevista através da co-responsabilidade²⁵ na construção da saúde nas comunidades, construindo estratégias²⁶ junto aos trabalhadores de saúde para uma melhor qualidade de vida.

Assim, as ações desenvolvidas pelas equipes do PSF parecem estar orientadas pelas diretrizes estabelecidas pela legislação, no que se refere à participação popular. A estratégia SF tem uma profunda identidade de propósitos com a defesa da participação popular em saúde, particularmente na adequação das ações de saúde às necessidades da população.

Diante desta caracterização, identifica-se a participação popular como elemento do acolhimento, agregado aos valores e necessidades culturais dos sujeitos, na busca da sustentação para a racionalidade socioambiental como um conjunto de práticas sociais e culturais diversas e heterogêneas, que dão sentido e organizam os processos sociais por intermédio de certas regras, meios e fins socialmente construídos, que ultrapassam as leis derivadas de um modo de produção” (LEFF, 2000, p.125). Ou seja, no caso do SF busca através da aproximação entre equipe e comunidade definir valores, significações e ações por meio de processos sociais que ultrapassam os limites das estruturas atuais, rompendo paradigmas para construir sujeitos cidadãos.

²⁵ A responsabilização busca estabelecer uma ligação um pouco mais estável e duradoura entre trabalhador e usuários, de relação entre pessoas e deixar claramente caracterizado quem seria responsável por cada tarefa (CAMPOS, 1994). Neste sentido a co-responsabilização implica na consideração de que a efetividade do sistema de saúde se constrói proporcionalmente à capacidade de implicação do conjunto dos sujeitos das três esferas de governo (MS, 2003), além de trabalhadores, usuários e da sociedade.

²⁶ Compreendida como a arte de explorar condições favoráveis com o fim de alcançar objetivos específicos (FERREIRA, 1999, p. 481).

A participação da comunidade nas UBSF deste estudo, ainda ocorre de forma tímida, mas as equipes demonstraram um grande empenho em valorar esse processo. A fala do trabalhador demonstra essa afirmação:

Pelo que vejo aqui, a participação da comunidade vai acontecer com mais tempo, precisa mais tempo para eles entenderem e participarem. Eles têm dificuldade de aceitar as ações educativas, querem ter o atendimento do médico. Tem sido mais fácil abordar os idosos, mas mesmo assim tem pouca participação (PERSEVERANTE – auxiliar de enfermagem).

As sete equipes pesquisadas relataram que a participação popular se desenvolve através dos grupos específicos, principalmente de indivíduos em situação de agravos crônicos, que buscam o atendimento em troca de medicação e consulta médica.

É possível visualizar através da fala dos sujeitos, que a valoração das práticas curativas, de atenção individual, por parte da comunidade, ainda é muito presente, e está relacionada ao modelo de saúde tradicional e também a busca de satisfazer as necessidades individuais do objeto/sujeito, de resolver seu problema de saúde.

O relato dos sujeitos revela que é necessário estimular a participação para a adesão às atividades propostas, que em alguns casos estão atreladas ao recebimento de algum benefício.

No começo era difícil, no começo a participação acabava se dando em troca, tudo em troca. Se tu fores no grupo vais ganhar isso. Pras pessoas participarem do grupo de hipertensos a gente inventou uma gincana que contava pontos. No final quem tivesse mais pontos ganhava uma cesta de Natal (AUTÊNTICO – médico).

A participação da população ela se dá mais nos grupos. Aqui eles vêm mais é na consulta, não participam muito das atividades, mas os grupos começou assim. Quando eu vim pra cá..., tinha os grupos, mas se não tinha remédio, não mantinha o pessoal nos grupos. Aí eu vim para cá e mudei a estratégia do grupo, quando eu entrei o pessoal dizia, e até quando a gente tinha reunião a outra enfermeira colocava que foi difícil de manter o grupo porque não tinha remédio, então agora mesmo que não tenha nenhum comprimido o pessoal vai aos grupos (HONESTA – enfermeira).

Neste sentido identifica-se uma relação de “troca”, que permite a referência a Campos (1992, p. 87):

“no caso da saúde o usuário de um serviço vai atrás de um consumo de algo (ações de saúde) que tem valor de uso fundamental, caracterizado como

sendo o de permitir que a sua saúde seja ou mantida ou restabelecida e, assim, a troca lhe permite acesso a algo que para ele tem um valor de uso por produzir um “bem” – para ele com um valor de uso inestimável-, cuja finalidade é mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de caminhar na vida”.

Pode-se compreender que a saúde é vista como um bem de consumo, cuja produção visa atender às necessidades, neste caso de saúde. Porém, a discussão aqui levantada, busca compreender a que valores (participação popular, trabalho em equipe, acolhimento, vínculo) e significados (aproximação da realidade socioambiental, integração equipe comunidade) estão arraigados os processos produtivos de saúde, tendo em vista a necessidade de participação popular para que se tenha uma efetiva construção do SUS.

Os dados empíricos revelam o PSF como uma proposta que precisa ser melhor compreendida pelas comunidades envolvidas neste estudo. As equipes evidenciaram a necessidade de integração com a comunidade a fim de que esta possa conhecer a dinâmica de atuação das equipes, utilizando os espaços de diálogo (grupos, atividades coletivas) para planejar e avaliar as atividades.

Esta necessidade, identificada pelos trabalhadores, está relacionada à dificuldade encontrada por estes profissionais em motivar a participação popular e a influência da cultura assistencial da população:

A grande dificuldade, assim como PSF vai atrás, nas vacinas por exemplo, a gente tem dificuldades porque eles ficam aguardando que tu vá em casa (PERSEVERENTE – auxiliar de enfermagem).

Esta dificuldade tem origem na relação estabelecida entre profissionais e comunidade que tem referência no modelo tradicional. No entanto, é possível observar nas falas dos trabalhadores que estes tem buscado modificar este panorama, como se visualizou ao analisar o trabalho da equipe, mostrando para a comunidade a dinâmica do programa, seus valores e significados, a fim de desenvolver ações que despertem trabalhadores e comunidade para o desenvolvimento da estratégia.

Vasconcellos (1999) diz que o PSF desloca a figura do médico do espaço central da saúde se baseando em um modelo de nível local. Neste sentido, a proposta do PSF tenta romper com essa tecnificação por meio de trabalho que privilegie maior proximidade com a comunidade, havendo momentos em que a equipe faz atuação inserida nesta (visitas, grupos e atividades nas casas, praças, ruas, etc.), momentos em que é necessário o encaminhamento para outros níveis de atenção à saúde (ambulatórios especializados ou internações) e também momentos em que a comunidade vai até a equipe buscar ajuda (consultas, orientações e grupos) (BORGES, 2002).

Diante desta dificuldade os trabalhadores relatam a necessidade de motivar a participação popular através de atividades lúdicas, de integração e em alguns momentos até com incentivos materiais, prêmios e benefícios, com o objetivo de agregar a comunidade às atividades.

(...) vai pela brincadeira, então tem dias que vai o dentista, teve um mês que o dentista foi e falou, outro vai a nutricionista, então cada encontro a gente procura fazer uma coisa diferente (...) Mas a brincadeira dos grupos foi um negócio que nem eu esperava, porque eu queria que eles tivessem uma amizade no grupo, que eles fossem no grupo por achar bom e não por causa do remédio (HONESTA – enfermeira).

A fala da trabalhadora permite identificar a utilização da dimensão artística no processo de trabalho das equipes. A utilização destes instrumentos de apreensão da subjetividade humana busca uma “mudança no modo de entender a saúde e abre espaço para novas perspectivas de discussão e ação, da valorização da dimensão subjetiva das práticas de saúde, das vivências dos usuários e trabalhadores de saúde (COUTO, 2003).

A utilização destes recursos, por parte da equipe, parece estar modificando, através de um processo lento, a compreensão da comunidade em relação à proposta do programa.

Então assim, no começo a gente meio que subornava as pessoas para participarem, mas com o tempo elas foram pegando o gosto, e viram que

aquilo ali era importante, no começo era o grupo dos remédios, no final era só o “grupo” (AUTENTICO – médico).

A fala do sujeito revela o empenho da equipe em realizar as atividades coletivas, como espaço oportuno de valoração das práticas de saúde, diálogo²⁷ e promoção da saúde²⁸.

Pensar num trabalho que priorize a promoção da saúde significa intervir diretamente com a própria comunidade, no dia-a-dia da população, promovendo a qualidade de vida das pessoas no seu cotidiano, no próprio ambiente em que vivem e que sejam participantes ativas da manutenção de sua saúde.

A fala do sujeito revela a importância de conhecer a realidade da comunidade para o desenvolvimento do trabalho.

Olha, eu acho que influencia muito (se refere a conhecer a comunidade)* porque eu vejo a realidade junto com o problema. Não adiantava ter o escritório do agente de saúde, fosse onde fosse, o paciente vai lá e conta para ele como é que está, não ia adiantar em nada e eu não saberia como é que ele está vivendo, o ambiente dele. Assim eu vejo (se refere ao trabalho no SF)*, chego lá na casa dele eu vejo o que ele tem no corpo, o quê que ele está sentindo, eu vejo porque, porque que ele está sentindo aquilo, porque de tal problema (TRANSPARENCIA – ACS)

O sujeito refere à aproximação ao domicílio, ao ambiente como possibilidade de interagir com os problemas de saúde, de conhecer as questões individuais e coletivas presentes no cotidiano dos sujeitos. Esta relação parece possibilitar o desenvolvimento de ações de promoção à saúde adequada às necessidades do objeto sujeito/coletivo do trabalho.

Para efetivar esta relação o trabalhador refere à VD como instrumento de aproximação que favorece o contato entre equipe e comunidade, e surge como espaço de atuação que permite ao sujeito participar nas decisões sobre sua saúde.

²⁷ Nesta perspectiva o diálogo é entendido como processo de comunicação. Os processos comunicativos baseiam-se em escutar o outro para compreender quais são as suas crenças, sua situação e suas possibilidades e poder atuar conjuntamente (TEIXEIRA, 2002).

²⁸ Buss (2000) define que o conceito moderno de promoção da saúde deve implicar em atividades voltadas tanto a grupos sociais como a indivíduos por meio de políticas públicas abrangentes (em relação ao ambiente físico, social, político, econômico e cultural) e do esforço comunitário, na busca de melhores condições de saúde.

* nota da autora

* nota da autora

Assim, identifica-se como necessário o estabelecimento de uma relação de confiança, onde o acolhimento se revela como instrumento de geração de vínculo, que possibilita desenvolver a confiança e o respeito entre os sujeitos.

A gente procura sempre fazer o melhor para eles, na medida do possível...para não deixar o que eles reclamarem, eles se sentirem bem. Eles chegam aqui e tu chega na casa deles, tu sempre trata eles com carinho e atenção, para que eles se sintam em casa...como tu sendo da família, se não, se tu não passa isso pra eles, tu não vai te esse acolhimento, nem deles contigo, nem de ti com eles também (TRANSPARENCIA – ACS).

A construção do vínculo entre trabalhadores e comunidade, através do acolhimento parece contribuir para uma participação mais efetiva. O modo como tem se dado a participação popular no decorrer das épocas e a importância dela para o fortalecimento da promoção da saúde, levam a necessidade de ampliação dessa participação e a aproximação da população com a equipe de profissionais.

A proposta de participação comunitária leva a uma urgência de repensar e analisar como a população tem construído o seu significado e como vem se dando a inserção da promoção da saúde nesta, para que formas de trabalho possam ser elaboradas, condizentes com a proposta do SF (BORGES, 2002).

Assim, a questão da participação não deve ser entendida como concessão ou normatividade burocrática, mas como pré-requisito institucional e político para a definição da “saúde que queremos”. Não é apenas uma circunstância desejável, mas uma condição indispensável para a viabilidade e efetividade das políticas públicas (BUSS et al, 1998, p. 38).

A definição das formas de participação popular, prevista na legislação, possibilita aos trabalhadores e população construírem juntos espaços de diálogo e decisões sobre as questões de saúde. Observa-se, na iniciativa de uma ESF, dentre as sete pesquisadas, que é possível construir, conjuntamente, estratégias para resolver os problemas identificados, como revela a fala dos sujeitos:

A gente tem formado o conselho local, vou te dar um exemplo, tinha sistema de agendamento, aí começaram a reclamar que demorava muita a consulta, e a gente chamou o conselho e o conselho decidiu que seriam dadas fichas. Então, nosso conselho tem seis participantes, sou eu, a enfermeira, uma agente comunitária e as três pessoas da comunidade. Normalmente todas as

coisas vêm para o conselho, agora as coisas tão vindo para reunião da associação. (...) Mas acho que é uma coisa boa, porque parece que a população está se mobilizando mais. Tem onde discutir as coisas” (CLARO – médico).

Na iniciativa desta equipe, identifica-se uma ação inovadora que motiva a participação comunitária, através da formação de conselho local de saúde e de estímulo às organizações comunitárias.

O MS (2004) diz que é preciso aprimorar o controle social do SUS, efetivando-se os Conselhos de Saúde como instâncias deliberativas e promovendo uma ação sinérgica, inclusiva dos movimentos sociais organizados. Outros componentes estratégicos podem ser adotados como formas de gestão participativa, tais como, por exemplo, a ampliação da participação dos trabalhadores de saúde na gestão, a geração de ambientes e trabalho saudáveis e solidários e a promoção de novas relações e vínculos dos trabalhadores com as suas instituições e com os usuários do sistema.

Fica claro que tanto população, quanto o profissional de saúde necessitam estar melhor instrumentalizados para lidar com estas questões. Outros espaços de discussão devem ser utilizados, através da participação dos trabalhadores nas decisões no âmbito da gestão, na participação de trabalhadores e comunidades nos conselhos de saúde, nas conferências de saúde, já que se trata de fóruns de participação e controle social. É possível que, a participação efetiva da população, ocorra no momento em que, trabalhadores e comunidades, apropriados de seu papel social, decidam juntos sobre a saúde das pessoas que vivem no local.

A experiência relatada anteriormente como vivência da equipe é o começo para a mobilização. Ela surge como estratégia que motiva a participação da comunidade para, a partir de então, desenvolver e promover a saúde. Esta ação, revela como instrumento, a prática educativa, como possibilidade de construção de sujeitos autônomos sobre sua saúde.

Então, a gente pretende assim, depois de terminar esse primeiro ciclo que seria do que é o programa, a gente vai começar a fazer educação em saúde,

tentar educar, tentar fazer várias coisas assim, que normalmente a gente faz nos grupos aqui na unidade, fazer fora também (CLARO – médica).

Chiesa e Veríssimo (2001) relatam que a prática educativa em saúde não é uma proposição recente e, ainda na atualidade, demonstra fragilidade na sua operacionalização, aliada à falta de discussão mais aprofundada sobre os referenciais teóricos mais adequados para sua estruturação, nos diferentes modelos assistenciais adotados.

As autoras salientam que a proposição da mudança do modelo assistencial em saúde, mediante implantação do PSF, leva à necessidade de adequação da prática educativa de forma a propiciar a construção de um projeto educativo que responda às novas bases conceituais, na perspectiva do acolhimento, vínculo e responsabilização, e objetivos da assistência.

A organização das ações educativas no PSF pressupõe que, os indivíduos possam ampliar o controle sobre suas vidas através da participação em grupos, visando transformação da realidade social e política. Visualiza-se aqui a aproximação com a racionalidade cultural na valoração dos aspectos culturais implícitos nas práticas de saúde, na multiplicidade e diversidade dos sujeitos envolvidos na produção de saúde. Com isso, há uma profunda distinção da abordagem tradicional centrada na mudança de comportamento individual, nesta concepção, a prevenção dos agravos à saúde não é tratada isoladamente, mas sim, como uma meta a ser atingida com o desenvolvimento sustentado, a melhoria da qualidade de vida e a justiça social (CHIESA E VERÍSSIMO, 2001).

Nesta perspectiva, a participação popular e a educação popular são ações sinérgicas no campo da saúde. A participação social pode ser estimulada através do processo educativo em saúde, que surge como um instrumento capaz de mobilizar e modificar as práticas de saúde. A fala dos sujeitos reforça esta idéia:

(...) mostra para eles assim, que educação para saúde é tudo, é a prevenção. Se eles puderem se cuidar, melhor. (...) É a importância da caminhada, a importância do encontro, não são palestras, são mais conversas com eles, que a gente passa as informações que a gente acha importante e aí então é uma consciência assim de que existe outras formas de cuidar da saúde, não

só com medicamentos, com as consultas (QUESTIONADORA - enfermeira).

Na visualização dos sujeitos a educação em saúde configura-se como o instrumento de capacitação dos indivíduos para aumentar o controle sobre os determinantes do processo saúde doença. De aproximação e vínculo com a realidade da comunidade, na perspectiva da racionalidade instrumental, enquanto estratégia para mudança do modelo, aliada a construção de um processo social com sujeitos autônomos e responsáveis.

Nesta perspectiva, as ações educativas assumem um novo caráter, mais aderente aos princípios e diretrizes do SUS, destacando-se o Direito à Saúde como eixo norteador e a capacidade de escolha do cliente torna-se uma condição indispensável. Particularmente no PSF, em que o paciente se mantém vinculado ao seu cotidiano, a complexidade da relação educativa acentua-se, pois é neste âmbito que os usuários fazem suas próprias escolhas, e se torna mais importante o conhecimento sobre o seu estado de saúde e da relação desta com o seu modo de vida e trabalho (CHIESA E VERÍSSIMO, 2001).

A prática educativa no SF requer um trabalho integrado, em que o profissional de saúde tenha uma atitude comunicativa, isto é, disponibilidade interna de se envolver na interação pessoa a pessoa e o compromisso de utilizar a comunicação como instrumento terapêutico.

Para Vasconcellos (1999), o trabalho do profissional de Saúde Pública funde-se ao trabalho cultural de educação popular, quando a ação médica e a de outros profissionais da área da saúde, não se limita a um modelo assistencialista²⁹, quando ela se estende a uma ação cultural ampliada e quando se dialoga crítica e criativamente sobre a vida e o mundo por intermédio do corpo e da saúde.

²⁹ O autor refere-se à atenção individual com emprego de ações curativas.

Assim, o processo educativo como instrumento de trabalho é uma característica essencial no saúde da família, uma vez que permeia todas as ações desenvolvidas no cotidiano das equipes. Assim como observa-se nas palavras do autor a seguir:

“(...) a educação popular tem significado um instrumento fundamental na construção histórica de uma medicina integral, uma vez que se dedica a ampliação da interrelação entre as diversas profissões, serviços e usuários fortalecendo e orientando suas práticas, saberes e lutas” (VASCONCELOS, 2001, p.17).

Nesta perspectiva, o processo educativo abre possibilidade para a construção de vínculo, pois aproxima os sujeitos por meio de uma ação interativa, e requer iniciativa e envolvimento por parte dos trabalhadores.

Arroyo (2000) diz que “normalmente o profissional de saúde não vê que seu trabalho é educativo, e que educar é antes de tudo um processo de humanização, onde a educação problematiza a própria vida humana”. Os dados empíricos mostram uma grande afinidade dos profissionais com o processo educativo em saúde.

(...) a gente tem, por exemplo, a tenda do programa que a gente faz uma vez por microárea, por que as áreas, microáreas não são todas muito unidas assim em função do espaço geográfico, da posição geográfica. A gente tenta fazer uma tenda para cada microárea, e aí normalmente a gente faz no sábado à tarde com atividades diversas. Então tem jogo de futebol, exposição daquilo que as pessoas fazem, tipo artesanato, premiação para os jogadores de futebol, fazemos pipoca para as crianças, temos uma atividade diversificada e além disso a gente procura mostrar o nosso trabalho, fazemos um painel e aí, nós temos uma barraquinha, por isso o nome é “A Tenda” mesmo, aquelas barraquinhas de praia, pra mostrar um pouco o nosso trabalho (HUMORADA - médica).

É possível identificar em três, das sete equipes estudadas, a integração entre equipe e comunidade, onde se visualiza a educação em saúde como um instrumento para abordagem e valorização das práticas de saúde. As equipes parecem buscar uma (re)significação para o processo de saúde ligado a práticas que buscam resgatar valores de vida saudáveis.

Visualiza-se a integração entre equipe e comunidade, a partir do ACS, com ênfase na educação popular, buscando a participação comunitária e ambientes saudáveis o que possibilita a construção da cidadania de todos os sujeitos envolvidos neste processo. Neste

sentido é possível concordar com Jacobi (2001, p.432), ao dizer que a educação para a cidadania representa:

[...] “a possibilidade de motivar e sensibilizar as pessoas para transformar as diversas formas de participação em potenciais caminhos de dinamização da sociedade e de concretização de uma proposta de sociabilidade baseada na educação para a participação”.

É possível identificar nos resultados, desta pesquisa, experiências das equipes que estão rumando nesta direção, da construção conjunta de saberes e práticas de saúde:

Aí começamos com esse grupo de SM que no começo era o grupo dos loucos, que o pessoal ia lá pegar remédio, depois começaram a ver que não era só isso, e agora o pessoal está participando bastante do grupo. Então assim, agora tu vê mulher, agora tu vê homem, no começo a mulher acabava sempre indo mais, sempre procurando mais. Agora tu vê os homens procurando, gostando, participando das atividades que tem lá. Então, ultimamente, eu vi que a coisa estava engrenando, e semana passada quando eu estive lá, eu achei fantástico sabe, melhorou bastante (AUTENTICO - médico).

O processo educativo é lento, requer tempo e habilidade para seu manejo. É necessário que a equipe se desprenda da produção quantitativa, dos resultados imediatos e invista no processo educativo como estratégia de mudança de comportamento e melhoria da qualidade de vida.

Da mesma forma, o investimento em estratégias de mobilização é essencial para a consolidação da participação popular como um saber ambiental que, de acordo com Leff (2000), emerge como uma consciência crítica e avançada, transformando conceitos e métodos, construindo novos instrumentos para solução dos problemas concretos e para a implementação de políticas alternativas de desenvolvimento.

A discussão provocada nesta categoria trouxe a possibilidade de visualizar através das ações desenvolvidas pelas equipes a necessidade de construir valores e significados para a participação popular no âmbito da SF.

Estes valores estão relacionados à racionalidade cultural e podem ser contemplados através de instrumentos de trabalho, constituídos por saberes e práticas, os quais são partes indissociáveis dos valores culturais de diferentes formações sociais (CABREIRA, 2003).

Neste sentido, pode-se dizer que as práticas educativas em saúde permitem resgatar, (re)significar os valores culturais presentes no cotidiano do trabalho junto às comunidades, tanto no objeto particular da ação quanto no coletivo, permitindo o desenvolvimento de atividades, com características inovadoras, de promoção da saúde direcionadas para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde.

Nesta perspectiva, a participação popular revelou-se um elemento socioambiental do acolhimento capaz de aproximar equipe/comunidade, permeado pela racionalidade cultural, caracterizando-se como instrumento da racionalidade instrumental para dar sentido a finalidade do trabalho.

Diante disto, é necessário pensar em uma articulação que envolva, além de trabalhadores e comunidade, a gestão dos recursos locais, no sentido de organização do processo de trabalho no âmbito da SF e definição de responsabilidades na atenção à saúde a fim de permitir a integralidade da atenção³⁰.

5.2 Gestão e Co-responsabilização

No Brasil, a integralidade da atenção é um dos pilares de construção do SUS, baseada na primazia das ações de promoção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade; articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação; abordagem integral dos indivíduos e das famílias (GIOVANELLA et al, 2002). O desafio da gestão do sistema de

³⁰ A integralidade da atenção à saúde é um princípio doutrinário do SUS baseada na primazia das ações de promoção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade; articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação; abordagem integral dos indivíduos e das famílias (Giovanela et al, 2002)

saúde está na condição deste promover a integração dos serviços nos diversos níveis do sistema de forma a atingir a integralidade da atenção em saúde.

Esta condição pode ser compreendida através de Hartz e Contandriopoulos (2004) ao referir que integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais, para a criação de um autêntico sistema de saúde e que os discursos e as políticas sobre a integração fundamentam-se em três dimensões: a estrutural (modificação das fronteiras das organizações), a clínica (modificações nas práticas profissionais) e a da cooperação (novos formatos de negociação e de acordos entre atores e organizações). Assim, o trabalho em equipe requer um processo de gestão que compreenda estas três dimensões.

Nesta direção, o conceito de integralidade remete, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais³¹, reconhecendo a interdependência dos sujeitos e das organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população, nos diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional. (HARTZ E CONTRANDIOPOULOS, op.cit.)

Nessa visão, a integração alinhar-se-ia ao conceito ampliado de integralidade como “uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema” (PINHEIRO, 2003 p. 11).

³¹ O sentido de redes assistenciais, dado por Hartz e Contrandopoulos (2004, p. 5332) é de um “sistema sem muros”, eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção – do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores público e privado –, ligados por corredores virtuais que ultrapassem de fato as fronteiras municipais com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados, uma coordenação comum, orientada por um sistema de informações ágil e flexível, capaz de tomar decisões sobre o compartilhamento de responsabilidades, atribuições e recursos financeiros.

Estas construções teórico-operacionais buscam direcionar as ações de saúde no sentido da integralidade, da humanização, da aproximação equipe-comunidade, que na abordagem desta pesquisa, voltam-se particularmente para o nível local, especificamente para o interior do processo de trabalho das equipes. Nesta perspectiva é possível visualizar a gestão como processo instrumental que potencializa as ações no/do trabalho. Leff (2001, p. 140) ao referir-se à racionalidade instrumental diz que “a organização social e produtiva requer instrumentos técnicos, ordenamentos jurídicos, arranjos institucionais e processos de legitimação que traduzem os propósitos do desenvolvimento sustentável em ações, programas e mecanismos que dêem eficácia aos seus objetivos”.

Diante disto, busca-se visualizar a organização da gestão local, no processo de trabalho das equipes, através de instrumentos de integração que permitam conhecer a forma como vem sendo construída a gestão do trabalho da equipe. Neste sentido serão abordados os seguintes instrumentos:

- De integração clínica: o **planejamento das ações** através do qual busca-se a construção e organização do trabalho coletivo;
- De integração estrutural: a **referência e contra-referência**, como meio de romper os limites do nível de atenção;
- De integração cooperativa: a **intersetorialidade** como forma de agregar novos valores ao processo de trabalho.

Planejamento das Ações

A estratégia SF caracterizada como um trabalho coletivo requer um planejamento organizacional das ações que permita o desenvolvimento das atividades de forma integrada com vistas a uma atenção integral, onde os sujeitos sejam compreendidos por meio da

diversidade cultural e do ambiente onde estão inseridos, seja este a unidade, a família ou a comunidade.

Ao descrever o trabalho dos diferentes profissionais que integram a ESF, foi o trabalho da enfermeira que apresentou o planejamento como instrumento, ferramenta de gestão, que permite a organização das práticas de saúde, possibilitando a este profissional exercer a gerência da unidade de forma integrada promovendo a interação dos sujeitos no cotidiano do trabalho. Neste momento, o objetivo da análise é identificar como os trabalhadores se apropriam deste instrumento, para que este possibilite a construção teórica e prática dos conceitos de ação, integração e integralidade, em busca da mudança nos valores por meio da racionalidade produtiva tendo em vista a gestão do processo de trabalho.

Os dados empíricos revelam como este instrumento tem sido aplicado pelos sujeitos em seu cotidiano de trabalho.

(...) toda quarta-feira a gente faz uma reunião e nessa reunião a gente procura organizar o que vai acontecer na semana seguinte, claro que quando é os grupos de planejamento familiar, grupos de crônicos é feito com mais antecedência, e a gente procura planejar junto com os Agentes e toda a equipe participa da decisão do que vai fazer, como no grupo de crônicos, sempre na última reunião geralmente a comunidade solicita o assunto que eles gostariam de abordar e a gente procura mais ou menos atender a necessidade (VERDADEIRA – médica).

(...) o enfermeiro que é o nosso, que nos auxilia. Então a gente faz mais ou menos esse planejamento, daquelas pessoas que realmente têm com alguma alteração e a gente já programa para ir naquele mês naquelas pessoas entendeu! Então mais ou menos é isso aí (COMUNICATIVA - ACS).

Uma vez por semana é reunido: os ACS, toda equipe aqui, que eu já citei, a gente fica nesse salão mesmo, aí são expostos os problemas e as propostas de que se tem alguma coisa mais que se queira além daquilo que já está sendo visto, é feito o cronograma todo mês (CONFIANTE – auxiliar de enfermagem).

O planejamento presente na fala dos trabalhadores, revela o ato de planejar relacionado a uma necessidade ou problema imediatos, que partem do objeto, sujeito/coletivo,

da prática de saúde. A identificação deste problema pela equipe, leva a uma tomada de decisão conjunta, onde se visualiza a participação das equipes envolvidas no trabalho.

O planejamento é toda uma visão administrativa e envolve um número variado de sujeitos, e não raramente poderia envolver usuários e clientes (TANCREDI, 1998). O autor refere ainda que:

“É sabido em administração que a implementação de decisões é muito mais ágil e eficiente quando as pessoas conhecem suas razões e origens e, em particular quando tomaram parte na sua elaboração. Objetivos amplamente discutidos e em que há consenso são mais facilmente aceitos e compreendidos por aqueles que, de alguma forma, participarão do processo” (TANCREDI, 1998, p. 08).

Nesta pesquisa, o planejamento aparece pontualmente como um instrumento do processo de trabalho capaz de potencializar as ações, organizando o trabalho da equipe. As referências feitas ao planejamento se remetem a ações pontuais, que objetivam organizar o cotidiano da equipe, como identifica-se na fala da trabalhadora:

Bom o planejamento das ações ele é realizado geralmente por mim, é eu me baseio na demanda que tem aqui, até assim, pra ver o que nós vamos falar no treinamento dos ACS, que a cada mês eles falam um assunto novo na comunidade, né. Eles já começam esse planejamento do assunto novo que vai ser falado de acordo com o que ta mais necessário. Então vem muito o planejamento de acordo com o que a gente ta vivenciando no momento, sendo mais necessário naquele momento. E as outras atividades, não tem muito um planejamento, porque aí já entrou no cronograma aí elas de acordo com o cronograma naqueles dias (HONESTA - enfermeira).

Acho que quanto mais organizado mais chance de dar certo. Mais planejado, não fazer as coisas assim a moda louco, não, hoje eu decidi vou lá fazer um planejamento, metade das pessoas não vai ficar sabendo, vão ir poucas pessoas.(...) Acho que quanto mais planejado e mais organizado mais chance de dar certo (VERDADEIRA – médica).

Tancredi (1998) diz que a riqueza do planejamento está no processo de análise e discussão que leva ao diagnóstico, à visão do futuro desejável e factível, e ao estabelecimento dos objetivos e programas de trabalho. O planejamento educa os trabalhadores a analisar de forma sistemática as organizações, os sistemas e as variáveis significativas do contexto, as necessidades e as possibilidades de atendê-las, a pensar estrategicamente vislumbrando os

ramos e caminhos possíveis, ele exerce forte influência sobre o compromisso das pessoas com os objetivos da instituição.

Desta forma, no contexto do SF, é necessário que a equipe dedique parte de seu tempo ao planejamento, um planejamento que contemple a qualidade do trabalho executado e permita a reflexão e avaliação do processo de trabalho em saúde. As equipes estudadas aqui demonstraram pouca familiarização com o planejamento, muito talvez pela formação acadêmica de seus sujeitos, principalmente médicos cujo currículo acadêmico não contempla administração e planejamento em saúde, e pela não influência dos demais níveis do sistema de saúde na valoração desta ação como primordial para o desempenho do trabalho.

A fala do sujeito demonstra a reflexão acima:

Essa coisa assim, eu acho que faz falta da gente sentar e conversar mais um pouco é uma correria tremenda, a gente trabalha aqui, trabalha no posto, quer dizer, então eu acho que faz falta, é uma das coisas que faz mais falta a gente se planejar, não deixar a coisa andar assim (SOLIDÁRIO – médico).

Observa-se nas equipes, que parte da dificuldade em dedicar um momento do processo de trabalho para o planejamento ocorre pela demanda de atividades exercidas pelos trabalhadores. No entanto, é provável, que o fato de executar um planejamento apenas “emergencial” também contribua para a sobrecarga dos profissionais, já que não existe um plano de metas e objetivos a serem atingidos, apenas há a orientação da gestão estadual sobre as ações básicas a serem desenvolvidas.

O trabalho no SF permite a equipe planejar suas ações e definir metas a serem atingidas. É possível visualizar através das falas que os trabalhadores necessitam adquirir suporte teórico para o uso desta ferramenta, sensibilizando para a apropriação do planejamento de forma que sua utilização permita refletir sobre a finalidade das ações empreendidas como forma de melhorar a qualidade do trabalho.

Em sua reflexão sobre o planejamento em saúde Tancredi (1998 p. 13) ao interpretar o conceito de planejamento de Levey e Loomba diz que:

“planejar é o processo de analisar e entender um sistema, avaliar suas capacidades, formular suas metas e objetivos, formular cursos alternativos de ação para atingir essas metas e objetivos, avaliar a efetividade dessas ações ou planos, escolher planos prioritários, iniciar as ações necessárias para a sua implantação e estabelecer um monitoramento contínuo do sistema, a fim de atingir um nível ótimo de relacionamento entre o plano e o sistema”.

Complementa ainda que, no setor saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

Nesta ótica, é possível identificar o valor do planejamento para o desenvolvimento do trabalho no SF, ele se revela como instrumento de integração capaz de sustentar às ações organizadas e definidas a partir da identificação das necessidades do objeto, sujeito/coletivo, possibilitando a modificação das práticas de saúde, na construção do trabalho coletivo.

No entanto, não há como pensar na organização do SF sem considerar os outros níveis de atenção. Borges (2002 p. 120) diz que:

“oferecer atenção de primeiro nível a população através do PSF não significa, por si só contemplar a integralidade. A proposta de se tratar integralmente das questões de saúde de uma comunidade, tal como propõe o programa, abrange dar suporte para outros níveis também”.

Nesta direção, é necessária a discussão quanto à referência e contra-referência como instrumento capaz de viabilizar esta relação entre os níveis do sistema.

Referência e Contra-referência

A unidade de Saúde da Família é apontada como a porta de entrada do sistema local de saúde (Merhy, 1997; Campos 1994; MS, 2002). A mudança no modelo tradicional exige a integração entre os vários níveis de atenção e, nesse sentido, a estratégia SF apresenta-se como indutora no (re)ordenamento desses níveis, articulando-os através de serviços existentes no município ou região.

O PSF é um dos componentes de uma política de complementaridade do SUS, não podendo estar isolado do sistema local. A estratégia prevê uma atuação integrada as demais ações desenvolvidas pela gestão municipal, assim como articulação aos demais níveis de assistência local e regional numa perspectiva de continuidade³² e resolutividade dos serviços.

A organização das redes de referência e contra-referência,³³ prevê a possibilidade da entrada do usuário no serviço tendo todos os níveis de atenção garantidos e articulados entre eles. O primeiro nível, o PSF, como porta de entrada para o sistema deve realizar a referência para os outros níveis em caso de necessidade a outros tipos de acompanhamento. Os demais níveis, por sua vez, fazem à contra-referência, isto é, retornam o usuário para sua equipe de referência, mantendo assim uma rede interligada. Com isso, se torna possível, o acesso integral ao sistema de saúde pela população (BORGES,2002 p 121).

A autora salienta ainda, que enquanto essas redes não estiverem priorizadas na saúde, não só o sistema não funcionará do ponto de vista organizacional/estrutural, como também ficará comprometida a adesão da população.

Com uma proposta estruturante, a SF, busca provocar uma transformação interna ao próprio sistema, com vistas à reorganização das ações e serviços de saúde. Essa mudança implica na interação entre as áreas de promoção e assistência à saúde, na identificação das necessidades do sujeito/coletivo do trabalho, na produção da atenção integral a saúde.

Nesta perspectiva, é possível visualizar nas ESF, deste estudo, a iniciativa de organização da atenção em nível local, a partir do trabalho das equipes.

³² A atenção continuada se dá pelo acesso ao serviço de saúde para resolução dos problemas comuns à identificação de necessidades que requerem articulação com outros níveis/serviços (BORGES,2002).

³³ A rede de referência e contra-referência tem por objetivo a estruturação dos serviços de saúde local previsto pelo SUS. Essa rede permite a integralidade do sistema de saúde em seus níveis de atenção (BORGES, 2002, p. 121).

A gente sabe que isso é difícil, nem sempre que precisa referências a gente consegue. Às vezes, demora um pouco, mas mesmo as mais difíceis a secretária tenta resolver e a gente tem conseguido. Embora, a gente saiba que tem gente do município esperando na fila, mas o PSF tem conseguido (HUMILDE – enfermeira).

(...) geralmente em torno de 90% do que vinha para o posto a gente conseguia resolver no posto mesmo. Fora isso, aí claro se fazia os encaminhamentos, e aí pode ter certeza que era um problema sério. Porque se esperava, muitas vezes a gente dava o encaminhamento, começava a resolver o problema da pessoa, tentava. Muitas vezes a gente acabava resolvendo o problema na unidade mesmo e ainda faltavam meses para conseguir ir para um especialista. Quando realmente precisa-se ir pra um especialista, aí a coisa era difícil mesmo. (...) E contra-referência, nada. O papelzinho aquele ia e não voltava nunca (AUTENTICO – médico).

Identifica-se na fala dos trabalhadores o empenho da equipe em resolver a maioria dos problemas identificados. É sabido que a atenção básica tem limites estruturais e tecnológicos que a delimitam no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, portanto, necessita estar articulada aos demais níveis, média e alta complexidade, a fim de dar continuidade e resolutividade aos problemas de saúde.

Em conformidade com o princípio da integralidade, a atenção na estratégia SF, compete em situações específicas, indicar o encaminhamento do paciente para níveis de maior complexidade (MS, 1997).

Estes encaminhamentos não constituem uma exceção, mas sim uma continuidade previsível, com critérios bem conhecidos tanto pelos componentes das equipes de Saúde da Família como pelas demais equipes das outras áreas do sistema de saúde.

É possível identificar, nas equipes pesquisadas, a necessidade de estruturação do fluxo de referência e contra-referência para que os profissionais possam interagir dentro do sistema de saúde em busca da integralidade da atenção.

A gente manda para a secretária e a secretária é que tenta conseguir. Assim, na semana passada tinha um senhor que precisava de oculista,

aí a médica mandou ele para secretaria, para tentar conseguir (RESPONSÁVEL – auxiliar de enfermagem).

É possível identificar nos sujeitos a percepção do sentido da integralidade para o PSF, como uma possibilidade de construir, por meio do processo de trabalho, a produção da saúde voltada as necessidades do sujeito/coletivo, identificam ainda que esta construção não está dada, sendo preciso definir as redes deste sistema.

O MS (2001) diz que compete ao serviço municipal de saúde definir, no âmbito municipal ou regional, os serviços disponíveis para a realização de consultas especializadas, serviços de apoio diagnóstico e internações hospitalares. A responsabilidade pelo acompanhamento dos indivíduos e famílias deve ser mantida em todo o processo de referência e contra-referência.

Teixeira (2002 p. 156) chama a atenção para a necessidade de se rever e aprofundar o debate sobre as propostas alternativas que vêm sendo elaboradas e experimentadas, no sentido de construir “modelo(s)” fundado(s) em uma concepção que não se limite à garantia da assistência e se refira à *integralidade da atenção à saúde*, levando-se em conta a heterogeneidade das condições de vida e da situação epidemiológica dos diversos grupos da população nas várias regiões e estados do país.

Ao avaliar o desempenho das equipes, o MS (Brasil, 2000) identificou que o PSF não tem tido poder de induzir mudanças significativas na organização do conjunto da rede, a ponto de assegurar à sua clientela acesso aos níveis de maior complexidade. Segundo Borges (2002), Franco e Merhy (1999) uma das grandes críticas ao PSF é de não estar conseguindo instituir a rede de referência e contra-referência, não estabelecendo articulação com os outros níveis de atenção, conseqüentemente funcionando como um SUS à parte.

Teixeira (op. cit.) diz ainda que, é necessário intensificação do debate em torno das propostas e estratégias de mudança e transformação das práticas de atenção à saúde, de modo

que a criação dos “módulos assistenciais” e “sistemas microrregionais de saúde”³⁴, previstos pela NOAS/ 2001, venha incorporar e articular práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos, bem como a reorientação da assistência individual e coletiva.

A promoção da saúde preconizada pelo SF, segundo Borges (2002, p. 121) valoriza a autonomia das pessoas na busca pela saúde global, para uma melhor qualidade de vida, porém se não houver respaldo e condições para outros cuidados, incluindo a recuperação e a reabilitação, não há como contemplar a globalidade dessa saúde.

Diante disto, é possível visualizar, nas equipes deste estudo, que a estratégia SF tem buscado (re)organizar as ações em saúde dentro dos limites do sistema local, que no caso desta pesquisa não sofreu influência da forma de gestão municipal, do porte do município ou do tempo de implantação do PSF.

No entanto, através das equipes pesquisadas é possível identificar que a SF não tem conseguido ultrapassar os limites da atenção básica, ou seja, não foi possível identificar um sistema de referência e contra-referência articulado, que dê vazão à necessidade de continuidade da atenção nos demais níveis do sistema.

Nesta perspectiva, a resolução parcial das necessidades pode representar um rompimento no processo de acolhimento. Uma vez que, torna o serviço pouco resolutivo em algumas situações, que na maioria das vezes são as mais agudas e emergenciais, nas quais os trabalhadores precisam contar como o apoio dos demais níveis do sistema na continuidade e integralidade da ação produzida.

³⁴ A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 2001) (MS, 2001), pretende estimular um fortalecimento do papel das Secretarias Estaduais de Saúde, no sentido de assumirem a coordenação de um processo de regionalização da assistência que implica na organização de sistemas microrregionais de saúde, Esta lógica organizacional e programática cujo elemento de referência é o grau de complexidade tecnológica dos serviços existentes nos diversos municípios, propondo uma delimitação territorial correspondente ao estabelecimento de dois níveis de atenção: a “atenção básica ampliada”, organizada no espaço de um *módulo assistencial* e a “atenção integral à saúde”, que constitui o conjunto de módulos assistenciais integrados em uma microrregião de saúde.

Diante deste contexto, torna-se necessária a (re)organização das relações estruturais entre os níveis de atenção, que contemple o sistema de referência e contra-referência, o que provavelmente requeira uma política de aproximação, monitoramento e avaliação que permeie as três esferas de gestão possibilitando a visão integral do sistema de saúde e da atenção a saúde.

Ao pensar em práticas de saúde que vão além do objeto sujeito/ individual, da prática assistencial, é possível identificar também a necessidade de promover a integralidade da atenção a partir do sujeito/coletivo do trabalho em seus múltiplos aspectos. Neste sentido, a incorporação de ações cooperativas de integração é possível de ser alcançada através da intersectorialidade das ações do trabalho.

Intersectorialidade

Segundo a OPAS,³⁵ (2004) a intersectorialidade³⁶ é “uma ação que se materializa nas potencialidades do trabalho no território de atuação que guarda a possibilidade da definição conjunta do problema de saúde. Este processo, por sua vez, requer a identificação e co-responsabilização dos parceiros, utilizando-se de instrumentais epidemiológicos e narrativos para construir com a comunidade o diagnóstico de saúde, base para a intervenção intersectorial local”.

A intersectorialidade é uma prática social, que vem sendo construída a partir da existência de profundas insatisfações, principalmente, no que se refere à capacidade das

³⁵ texto disponível em www.opas.org.br/coletiva/temas.cfm?id=18&area=Conceito; acesso em 16/05/2005.

³⁶ A intersectorialidade é entendida aqui como a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro, 2004). Disponível em www.sms.rj.gov.br. acesso em 15/11/2004.

organizações sociais em dar respostas às demandas sociais e aos problemas complexos de nosso mundo (CKAGNAZAROFF E MOTA, 2003).

Segundo Campos (2000) como processo organizado, coletivo, a ação intersectorial não é um processo espontâneo. Depende de uma ação deliberada, que pressupõe, o respeito à diversidade e as particularidades de cada setor ou participante. Envolve a criação de espaços comunicativos, a capacidade de negociação e também trabalhar os conflitos para que finalmente se possa chegar com maior potencia as ações. Ações que não necessariamente implicam na resolução ou enfrentamento final do problema principal, mas que culminam na acumulação de forças, na construção de sujeitos, na descoberta da possibilidade de agir.

Os dados empíricos revelaram que as sete equipes não estão instrumentalizadas quanto à intersectorialidade e que as ações relatadas tratam-se de parcerias no desenvolvimento das ações no/do trabalho.

(...) quem sempre pude contar realmente era a secretaria da saúde. A gente fez algumas atividades juntas assim, não especificamente na comunidade, a gente se juntou com a secretaria da educação e fez uma atividade grande na cidade com relação as DSTs, fizemos capacitação de professores da educação (AUTENTICO – médico).

Acho que da Secretaria da Saúde, tudo que a gente precisa, deles a gente consegue (FRANCA – ACS).

O pessoal da secretaria de saúde. Quando a gente precisa de carro, alguma coisa assim (SINCERA 1 –auxiliar de enfermagem).

A principal parceria é a dos próprios colegas, da secretaria. Também algumas lideranças como a igreja, que sede o espaço para os grupos. A associação de moradores, que é recente voltou a funcionar (...), mas está bem integrada, também a pastoral. Acho que até o momento são estas. Mas quando se precisa de outras até se consegue (TRABALHADORA 1 – enfermeira).

A fala dos sujeitos revela a Secretaria Municipal da Saúde como uma parceira na execução do trabalho, no sentido de que ela facilita o desenvolvimento de algumas ações. A priori, é possível, visualizar uma desagregação do trabalho das equipes em relação à secretaria, a gestão do serviço como um todo. Visualiza-se uma relação de paralelismo entre o

PSF e a secretaria, como se um fosse independente do outro e buscassem unir forças para enfrentar os problemas.

Esta condição visualizada reforça a ressalva feita pelo MS (2001), de que o PSF não caracteriza-se por ser mais um programa desenvolvido pelo município, nem tão pouco se desenvolver paralelamente a rede básica, mas deve integrar a gestão local realmente como estratégia de reorientação do modelo de saúde.

Ckagnazaroff e Mota (2003, p. 15) ao referir-se a intersetorialidade, trazem a idéia de Inojosa (1998), de que a lógica intersetorial pode ser mais permeável a participação popular, já que suas necessidades se apresentam como no mundo real, intrinsecamente interligadas, contribuindo para a reformulação da relação estado e sociedade.

Reforça ainda que a perspectiva do trabalho intersetorial “implica mais que justapor ou compor projetos que continuem sendo formulados e realizados setorialmente” requer um conjunto de implicações, buscando superar a fragmentação das políticas, neste caso de saúde, e considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas.

Além da gestão local, os sujeitos evidenciaram a comunidade como parceira em potencial para o desenvolvimento do trabalho.

A parceria que a gente tem é com a própria Secretaria, há um entendimento, e a gente pode dizer assim que as pessoas da comunidade, são parcerias, a respeito, aos grupos, por exemplo, na medida que cedem espaços, nas suas próprias residências para que a gente organize e trabalhe ali os grupos. Nunca houve nenhuma represália, nenhuma dificuldade em relação a isso. Tendo como parceiro a comunidade a gente enxerga o respeito que eles tem pelo trabalho, mas fora isso não tem nenhuma parceria definida (JUSTO - médico).

Todas as sete equipes pesquisadas apresentaram a comunidade como parceira no desenvolvimento do trabalho, através de lideranças locais, grupos comunitários, pastoral da criança, entre outros. O relato dos trabalhadores demonstra a integração entre comunidade e equipe para a realização das ações de saúde, no entanto, não foi possível identificar se esta

relação de parceria permite a participação da comunidade nas decisões quanto às atividades, a priori, ela parece estar relacionada a facilitar o acesso da equipe na comunidade.

As sete equipes referiram que, na maioria das vezes, as ações intersetoriais são realizadas quando há necessidade de abordar determinado tema ou problema.

(...) às vezes existe, às vezes a gente solicita palestras ou presença de outros profissionais de outras áreas, já teve casos aqui na semana do diabetes, com a médica, que não pertence a Prefeitura, veio cedida pela Universidade. O setor de zoonoses com a infestação do bicho-de-pé, do carrapato, veio agrônomos, quer dizer quando a comunidade exige, solicita alguma coisa, a gente sempre procura encontrar alguém e trazer a participação sem problema nenhum (VERDADEIRA – médica).

As equipes revelam que é preciso tomar a iniciativa em articular as ações, sejam elas, originárias das necessidades da comunidade ou da própria equipe. É possível, visualizar a dificuldade das equipes em desenvolver ações intersetoriais, muito provavelmente pela não cultura desta ferramenta como potencializadora do trabalho em saúde.

A intersetorialidade na perspectiva da SF, assim como a interdisciplinariedade, requer incorporação da diversidade de valores culturais e integração dos saberes e práticas dos diversos sujeitos envolvidos na ação, na superação da ação fragmentada dos serviços de saúde. É possível então desenvolver a intersetorialidade como instrumento de integração que visa agregar novos valores ao trabalho em saúde.

Nesta perspectiva, Ckagnazaroff e Mota (2003, p. 20), trazem a idéia de que o uso da intersetorialidade pode implicar na utilização do conceito de rede, vinculando vários sujeitos em torno de diferentes aspectos de um problema num determinado contexto social, partindo da idéia de articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, e interdependência de serviços para garantir a integralidade da atenção.

Diante disto, a intersetorialidade se mostra um instrumento de integração capaz de ampliar o campo das ações de saúde. Assim, aproxima-se da racionalidade ambiental

substantiva, a qual conforma-se num conjunto de valores que dão novos fundamentos e re(orientam) o processo de desenvolvimento do trabalho “fundada em processos materiais que dão suporte aos valores qualitativos que orientam a reconstrução da realidade e de novas formas de desenvolvimento” (LEFF, 2001 p. 139), construindo novas relações de produção e novas forças produtivas para um desenvolvimento sustentável.

A partir da concepção de que a estratégia SF permite a incorporação de instrumentos de gestão, com características integradoras, que promovem a responsabilização dos diversos sujeitos envolvidos no trabalho numa perspectiva socioambiental de sustentabilidade da produção de saúde, faz-se necessária à discussão do acolhimento e vínculo como elementos vitais ao processo de trabalho do PSF.

5.3 Vínculo

Retomando a abordagem feita nos capítulos anteriores, o PSF, como estratégia técnico-política do MS para a implementação do SUS, fundamenta-se nos princípios de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Constitui-se, em uma estratégia para reorganizar a atenção primária, propondo uma mudança no enfoque da assistência ao processo saúde-doença, priorizando as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto dos adultos quanto das crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (FRACOLLI et al, 2003).

A estratégia SF abandona o pólo tradicional de oferta de serviços de saúde voltados para a doença, para investir em ações que atuam nas interseções entre a saúde e as condições de vida dos sujeitos (ARAUJO, 1999). Neste espaço intercessor, é que acontece a relação de acolhimento e vínculo, que permeiam o processo de trabalho das equipes na construção de laços de co-responsabilização.

Na aproximação com a racionalidade teórica, pode-se identificar os principais conceitos/sentidos que articulam os valores da racionalidade substantiva (produção de vínculo), ou seja, os conceitos de acesso, participação popular no foco da integração com a comunidade e o acolhimento como instrumento que possibilita a produção desta racionalidade.

Reiterando a apresentação feita no início deste capítulo, o acolhimento revelou-se como um instrumento do processo de trabalho das ESF que possibilita o vínculo entre trabalhadores e comunidade, e também como processo que permeia as ações de saúde.

É possível, assim, enfatizar os achados de Merhy et al (1997) onde diz que o acolhimento possui uma dupla dimensão no processo de trabalho, se por um lado se manifesta como etapa do conjunto do processo de trabalho, estabelecendo o modo como o serviço faz seu primeiro contato com sua clientela, em um processo mútuo de reconhecimento, por outro também é uma tecnologia do processo intercessor do trabalho em saúde, que permite repensar processos de trabalho em saúde, além de permitir a abertura para um olhar sobre o modo como os modelos de atenção capturam o trabalho no interior do processo produtivo e gerencial.

Nesta perspectiva, o acolhimento e o vínculo surgem como novos valores agregados ao trabalho, no entendimento de uma racionalidade ambiental teórica que segundo Leff (1993, p. 110) “aparece como uma produção conceitual orientada para a construção de uma racionalidade produtiva, fundada em novos valores e potenciais”. Ou seja, o acolhimento propõe, “reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, resolutividade e atendimento humanizado, no sentido de oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário” (Franco et al, 1999 p. 346), construindo ligações de proximidade e respeito.

Os autores trazem ainda a idéia de vínculo como diretriz operacional ³⁷, acoplada ao acolhimento, capaz de garantir o real reordenamento do processo de trabalho na Unidade de Saúde, resolvendo definitivamente a divisão de trabalho compartimentado e saindo da lógica agenda/ consulta para uma outra da responsabilização de uma equipe multiprofissional, com o resultado do trabalho em saúde. Considera-se vínculo a responsabilização pelo problema de saúde do usuário, individual e coletivo (p. 352).

Nesta direção, é preciso compreender como ocorre o **acesso** das comunidades aos serviços, como os trabalhadores visualizam os significados de acolhimento e vínculo nas equipes estudadas.

Borges (2002) apoiada em Fekete (1995); Unglert (1990), diz que o acesso à saúde caracteriza-se por um conjunto de fatores de variadas dimensões, envolvendo aspectos mais ampliados do que exclusivamente a assistência à saúde ou recursos tecnológicos. Pode-se caracterizar ainda, como possibilidade de entendimentos mútuos, como possibilidade também de acolhimento.

(...) o acolhimento é um processo em que se estabelecem relações humanizadas, e se utilizam recursos necessários à resolução dos problemas dos usuários, na perspectiva do desenvolvimento de autonomia na vida, especialmente na do usuário (MATUMOTO, 1998, p. 45).

Borges (op. cit.) ressalta que o acolhimento caracteriza-se como recurso privilegiado de acesso ao sistema de saúde, onde o usuário ao ser recebido por um trabalhador de saúde no serviço e ter suas demandas acolhidas, está sendo contemplado no acesso, recebendo uma assistência mais humanizada e ao mesmo tempo favorecendo a reorganização do fluxo do serviço.

³⁷ Acolhimento e vínculo são consideradas diretrizes operacionais do modelo tecno-assistencial “em defesa da vida” proposto pelo Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde – LAPA/ UNICAMP (Silva Jr., 1998)

As sete equipes deste estudo revelaram que o acesso da população às atividades da unidade ocorre de maneira facilitada.

O acesso é livre as atividades, eles tem toda a liberdade, também até a pouco surgiu uma idéia numa reunião assim da gente poder adquirir voluntários. Voluntário assim, que eu digo como morador, como pessoa, orientador, uma pessoa que saiba assim, um pouquinho melhor, entendeu um pouquinho mais como é que o processo de saúde, como é que é o trabalho e é uma pessoa que é colaboradora nossa também, fica aberto. (...) elas são nossas auxiliaadoras, elas vem, elas auxiliam, elas fazem as coisas, na pipoca, na conversa e eu acho que isso é interação, se a gente não abrir um pouquinho isso aí também, nós vamos de novo ficar naquela figura central da bonitinha da saúde entra, senta, medica, saiu (risos) (HUMORADA – médica).

Para mim, a comunidade tem um acesso bom, o que falta mesmo é a própria educação da comunidade, por que a gente pode notar nos postos que não tem o PSF, que os pacientes vão no posto por qualquer coisa, conseqüentemente o fluxo passa a ser mais complicado, acho que aqui no PSF através da informação do Agente Comunitário faz com que o fluxo melhore (AMIGO – ACS).

A fala dos sujeitos revela que o acesso às atividades promove a integração da equipe com a comunidade. Esta integração parece permitir uma maior participação por parte da comunidade, promovendo a **participação popular** nas diversas atividades do trabalho da equipe. Também, o fato das equipes trabalharem a informação da comunidade, abrindo as portas para que a comunidade de aproxime e conheça o trabalho, reflete no acesso aos serviços.

Foi possível, identificar nas sete equipes o acesso como possibilidade para o acolhimento e vínculo.

Olha a gente procura facilitar, a gente procura colocar para as pessoas que se for uma ficha de consultas, se for uma coisa eletiva, que as pessoas procurem atendimento pela manhã, que as pessoas entendam que às vezes já foram preenchidas 15 fichas, que tem mais gente, que uma pessoa vai precisa sê suturada, que já havia marcado uma lavagem otológica. (...) No momento que essa pessoa chega, muitas vezes essa pessoa vem a pé ou vem de carroça, viajou vinte quilômetros, eu não posso mandar essa pessoa embora, muitas vezes eles vem de carona e de volta alguém leva. A gente tenta levar, resgatar isso e não perder o vínculo com essas pessoas (JUSTO – médico).

A fala dos sujeitos permite visualizar a forma como as equipes vêm construindo suas relações com a comunidade, demonstra um compromisso dos trabalhadores em acolher as

demandas da população e vincular-se a ela tornando-se responsável por sua saúde. Franco et al (1999) salienta o acolhimento como um processo de escuta e responsabilização, possibilitando a construção de vínculo e o reconhecimento do direito a vida desses usuários que procuram o serviço de saúde com qualquer demanda de cuidado.

O acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. O vínculo entre profissional/paciente estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação de serviço (CAMPOS, 1997).

Nesta direção, é preciso visualizar o que os sujeitos entendem por acolhimento na estratégia SF.

(...) acredito que principal é o acolhimento, por que, a proximidade do Agente e da própria equipe faz com que a família, todas as famílias acompanhadas, sintam confiança e fazem um desabafo, um trabalho mais psicológico, que a maioria das vezes não são só doenças que são tratadas no posto, aparecem pessoas que procuram o atendimento só pra desabafar porque gostam do médico, gostam do atendimento (AMIGO - ACS).

É possível, identificar nas equipes, a utilização do **acolhimento** como um instrumento de aproximação com a comunidade, segundo Carvalho e Campos (2000) o acolhimento passa a ser um instrumento essencial nas práticas em saúde, caracterizando um arranjo tecnológico que busca garantir o acesso dos usuários, escutando a todos, resolvendo os problemas mais simples e referenciando-os se necessário.

Ao realizar o acolhimento a equipe abre as portas da unidade e relaciona-se abertamente com a população a fim de potencializar suas ações, dar maior resolutividade a prática de saúde, e estabelecer um vínculo permanente entre o serviço e a comunidade.

Os trabalhadores revelaram a importância do acolhimento para a prática do SF.

Para fazer o acolhimento tem que passar por um treino. Tratar bem as pessoas faz parte de quem trabalha com o público. Aqui acho que precisava de uma capacitação só para isso pra toda a equipe realizar o acolhimento. Assim, como eu acho também que a equipe não vai tratar mal porque não faz

o acolhimento. Eu acho difícil o acolhimento, mas acho importante, tu deixa as pessoas mais à vontade, mais participativas (HONESTA – enfermeira).

É cada um tem uma maneira de se portar, assim um perfil, mas aquele profissional que tem uma identificação, que tem a formação, que tem uma capacitação comunitária, ele tem um envolvimento maior, talvez outro não tenha tanto preparo, Então eu vejo que o acolhimento ele vai acontecer de acordo com a forma que o profissional trabalhar, se ele entender que é importante se aproximar da família, conhecer a realidade dela, porque é assim ou como chegou aquilo o trabalho vai ser muito mais relevante (ATUANTE – Enfermeira).

O acolhimento apresentado pela trabalhadora revela-se como saber tecnológico integrado a prática diária, revela ainda a necessidade de instrumentalização dos sujeitos para apropriar-se deste instrumento. Nesta perspectiva é possível dizer que:.

“ nas práticas de saúde, individual e coletiva, o que buscamos é a produção da responsabilização clínica e sanitária³⁸ e da intervenção resolutiva, tendo em vista as pessoas, como caminho para defender a vida, reconhecemos que, sem acolher e vincular, não há produção desta responsabilização e nem otimização tecnológica das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença” (FRANCO et al,1999, p. 146).

A necessidade apresentada pelos sujeitos de uma maior apropriação do acolhimento, pode estar relacionada ao fato deste, caracterizar-se como um novo saber instituído no campo da saúde, para o qual os profissionais precisam ser melhor instrumentalizados.

No entanto, pode-se identificar nas sete equipes pesquisadas, o acolhimento como uma prática em construção, como uma instância potente para a organização do serviço, quando articulado a outras práticas, que busquem a definição e o reconhecimento das necessidades de saúde da população/área de responsabilidade da unidade. Desta forma, a equipe procederá ao acompanhamento, vigilância e priorização de riscos e agravos, permitindo-se assim, o estreitamento do vínculo com a população, seu monitoramento, bem como o incentivo à autonomia do usuário (CAMPOS, 1997).

³⁸ A responsabilização clínica e sanitária visa promover o atendimento de qualidade para as pessoas nas intercorrências clínicas e desenvolver ações de prevenção dos agravos e promoção da saúde buscando melhoria da qualidade de vida das famílias. (BH –Vida, 2003, disponível em <http://www.pbh.gov.br/smsa/montapagina.php?pagina=bhvida/index.php>)
Acesso 01/03/2005

Eu vejo assim, o acolhimento ele está em todas as ações, todas as atividades que nós desenvolvemos. Ele é feito pelo ACS quando vai na casa e solicita informações e faz orientação, ele é feito aqui na unidade quando chega alguém e a equipe recebe, conversa tente resolver o problema, passa por todos nós (ATUANTE – enfermeira).

Matumoto (1998) considera o acolhimento como um processo, especificamente de relações humanas, pois deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os momentos e tipos de atendimento. Não se limita ao ato de receber, mas em uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde.

(...)eu acho que o acolhimento começa ali, no momento que o agente comunitário entra na casa, que conversa, que se mostra, diz assim ó, eu sou fulano de tal, trabalho na unidade tal, e a gente tem um programa assim, assim, isso já quebra um pouco o gelo(...), assim no fato da pessoa ver que todo dia aquele agente comunitário está na área caminhando, daqui a pouco não é o agente, daqui a pouco é o psicólogo, é o enfermeiro, o médico, isso já, a gente já vai fazendo esse acolhimento. Isso é parte da convivência deles, e a medida que ele entra no posto(...),ele conhece alguém, isso que eu acho que é importante também, e eles sabem que existe um local aqui que atende diferenciado, isso com o tempo a gente vai adquirindo, também essa idéia assim. E aí esse acolhimento ele vem vindo como eu te disse, do auxiliar de limpeza, do agente administrativo, aí de repente, ele senta no banco, ali tem um monte de gente, a enfermeira de repente está disposta, faz uma ação, até a disposição para fazer uma sala de espera, ela já vai, conversa algumas coisas, vai aumentando a proximidade que a pessoa tem com a saúde, e eu acho que isso vai crescendo, é assim, é dessa forma (HUMORADA – médica).

Nesta direção, a prática do acolhimento nas equipes deste estudo, tem configurado um momento tecnológico com potencialidades para imprimir qualidade na atenção e nos serviços de saúde. O ato de escutar³⁹ que marca o acolher difere do “ato de bondade”, porque é um momento de “construção de transferência” com vistas ao estabelecimento de uma relação vincular e de promoção da cidadania e autonomização do usuário (MALTA et al, 2000).

É necessário então, compreender como ocorre a relação de vínculo a partir do acolhimento, nas equipes deste estudo.

³⁹ A escuta, não é um simples ouvir, deve ser qualificada, solidária, responsável e comprometida, devendo estar atenta às necessidades dos sujeitos, pelo processo de reconhecimento de responsabilizações entre serviços e usuários, abrindo o início da construção de vínculos (OLIVEIRA, 2003, p. 05).

Enquanto trabalho no SF, o acolhimento ele proporciona o vínculo, que é a pessoa ser bem tratada, talvez tu não tenha condições de fazer o que ela espera, mas aquela proximidade já ajuda, aquela conversa. Muitas vezes faz com que a pessoa saia da unidade confiante, satisfeita (SOLIDÁRIA – enfermeira).

Eu acho assim, quando tu acolhe, tu busca o vínculo e a partir daí qualquer ação pode ser esperada. A partir daí pode esperar qualquer coisa, tu pode esperar um limite, desde coisas boas, como coisas ruins também, tu vais trocar agora se vai vir coisas boas ou não só o tempo com o teu trabalho vai te dizer isso. Então o acolhimento ele também serve para isso, eu acolho bom, no início pode ser que eu não receba muita coisa boa, mas vamos ver daí a um tempo como é que é, e eu acho que o trabalho, o segredo é trabalho continuado, não adianta ficar trabalhando nisso um ano e depois bota tudo a baixo, e não sei, eu acho que pra poder ter um vínculo e ter acolhimento precisa também ter trabalho continuado, senão também não existe isso (HUMORADA – médica).

O relato das trabalhadoras revela o acolhimento como possibilidade de aproximar, vincular o profissional a comunidade. O vínculo ocorre à medida que o acolhimento vai sendo significativo, ou seja, a comunidade identifica na equipe o compromisso com a resolução dos problemas através de um espaço onde a escuta e o respeito pelas necessidades do sujeito são valorizados.

Nesta direção, a implementação do PSF implica na interação com a comunidade, visando construir, de forma participativa e co-responsável, práticas e estratégias mais eficazes de enfrentamentos aos problemas e necessidades de saúde (FRACOLLI et al, 2003).

Segundo Oliveira et al (2003 p. 04), o acolhimento é o produto da relação de trabalhadores de saúde e usuários, entendido com novos valores de solidariedade e responsabilidade social, compromisso e construção da cidadania e de uma nova ética. O vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço pode ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja (CAMPOS, 1997).

Diante disto, a análise do processo de trabalho das equipes que compõem este estudo permitiu identificar o acolhimento e o vínculo como instrumentos tecnológicos de característica humanitária e inovadora no cotidiano de trabalho das equipes, caracterizando uma racionalidade teórica (onde seus principais conceitos/sentidos são: acesso, integração e acolhimento) que busca “ativar um conjunto de processos materiais e desencadear as sinergias de suas complexas articulações, dando suporte a novas estratégias produtivas fundadas nos potenciais do ambiente” (Leff, 2001 p. 139), seja ele o serviço, a família ou a comunidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia Saúde da Família como proposta de reorganização do SUS, pode significar um processo instituinte de mudanças na atenção à saúde, resgatando conceitos fundamentais de acolhimento, vínculo, participação popular, humanização, coresponsabilidade e outros, que apontam para a reorientação do modo de operar os serviços de saúde.

Considerando o processo de trabalho no SF como objeto deste estudo, no foco do acolhimento, buscando identificar elementos socioambientais por meio da racionalidade ambiental de Leff (2001), pode-se referir que, o objetivo de identificar os principais elementos socioambientais que compõem o acolhimento no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, que atuam na região sul do Estado de Rio Grande do Sul, por meio dos objetivos específicos propostos, foi alcançado dentro das limitações estabelecidas para este estudo. Assim como, o referencial teórico utilizado para embasar esta pesquisa, permitiu a discussão e contextualização do tema.

Foi possível, na visualização do processo de trabalho das equipes, através dos sujeitos do trabalho, identificar que as ações realizadas são caracterizadas por atividades individuais, coletivas e administrativas.

Com relação ao trabalho do médico, ainda observa-se uma concentração na atividade individual de atendimento clínico, originada pela demanda espontânea, a partir da necessidade de consulta médica imediata, tendo como objeto o sujeito/individual, e como principal instrumento de intervenção o saber clínico.

Visualizou-se que estes trabalhadores têm buscado através das atividades diárias, articular o saber clínico e sanitário com o objetivo de realizar intervenções produtivas sobre a vida da comunidade, comprometendo-se e responsabilizando-se por estes, através de uma clínica ampliada.

O excesso de demanda e a cultura da atenção médica, ainda muito presente na população, dificultam a adoção de outras formas de assistência, o que requer a adoção de estratégias com possibilidade de modificar este perfil, como por exemplo, o desenvolvimento de um trabalho integral, interdisciplinar, com ações continuadas, utilizando diretrizes médicas e de enfermagem, com empatia com as necessidades do indivíduo/família/comunidade. As atividades programáticas apareceram como sendo uma forma de agregar a prática clínica e sanitária, embora esteja voltada a atender aos grupos de patologias específicas.

Também a VD, foi destacada como instrumento em potencial para a compreensão do cenário socioambiental, integrando as práticas de saúde voltadas ao indivíduo, à família e ao ambiente.

Os médicos identificam a necessidade de construir um processo de trabalho que privilegie uma visão integral do sujeito/coletivo, instituindo práticas coletivas potencializadas pelo processo educativo em saúde.

Com relação ao trabalho da enfermeira, pode-se visualizar que as ações individuais estão relacionadas à demanda programática, visando apreender as necessidades do objeto sujeito/coletivo. A consulta clínica de enfermagem mostrou-se um instrumento potencial para o desenvolvimento do núcleo de competência deste profissional, no que tange o monitoramento da saúde individual e coletiva, no desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, no entanto pode ser melhor explorado pelas trabalhadoras.

Foi possível identificar nas enfermeiras uma prática (seja ela na atenção individual ou coletiva) capaz de apreender a diversidade sociocultural e ambiental do coletivo do trabalho, buscando promover a qualidade de vida dos sujeitos envolvidos.

Evidenciou-se, também, no trabalho da enfermeira a VD como um instrumento de abordagem individual que permite a identificação e compreensão do contexto sociofamiliar e ambiental, caracterizando a articulação entre a racionalidade instrumental e a racionalidade produtiva, permeadas pela diversidade cultural dos sujeitos do trabalho.

O trabalho da enfermagem revelou-se uma ação interdisciplinar, capaz de interagir como os diferentes profissionais, por meio do processo educativo em saúde que se caracterizou como forma de olhar o objeto sujeito/social, em sua dimensão cultural, contribuindo para a (re)organização da atenção à saúde.

No trabalho da enfermeira, destacou-se também, a realização de atividades administrativas, compostas da organização e coordenação do trabalho da equipe. Fica visível, neste aspecto, que a enfermeira assume o papel de gerente da unidade, gerenciando o processo de trabalho da equipe, identificando limites e potencialidades para o processo produtivo, estando esta característica presente em seu núcleo de competência profissional.

Com relação ao trabalho do auxiliar de enfermagem, foi possível identificar que este realiza atividades complementares e articuladas aos demais membros da equipe. Estes trabalhadores revelaram o valor do processo educativo para sua prática diária na aproximação trabalhador/equipe/comunidade.

Identificou-se que as atividades assistenciais (individuais e coletivas), a visita domiciliar e a educação em saúde, são instrumentos do trabalho desses sujeitos e possibilitam a aproximação com as características sociais, culturais e ambientais essenciais para a produção de saúde.

O ACS mostrou-se um trabalhador integrado à equipe e à realidade local, que exerce suas atividades identificando situações de vulnerabilidade e promovendo a saúde, tendo como principais instrumentos de atuação a VD e a educação em saúde.

Foi possível identificar neste sujeito a capacidade de integrar equipe e comunidade, servindo de “elo de ligação”, ressaltando o caráter da estratégia SF, de uma prática humanizada e integradora.

Nesta direção, o trabalho da equipe voltado às ações coletivas, onde se verificou há participação de todos os sujeitos envolvidos, revelou as atividades de grupo como momentos potenciais para mobilização e educação em saúde, caracterizando-se como uma ação voltada para a valoração da cidadania e da compreensão do processo de saúde e de vida. Estas ações representam um esforço positivo das equipes, embora se tenha identificado que estas estão direcionadas a grupos específicos da comunidade que apresentam risco a saúde.

Identificou-se ainda, as atividades comunitárias como um espaço de socialização das ações de saúde que promovem a participação da população e favorecem a construção de um trabalho coletivo, tendo como objeto o sujeito/coletivo. É possível, assim, associar o trabalho da ESF à racionalidade produtiva, como busca da satisfação das necessidades de saúde e uma melhor qualidade de vida, considerando os aspectos sociais, culturais e ambientais das comunidades.

Neste sentido, as equipe deste estudo demonstraram uma relação interdisciplinar construída no cotidiano do trabalho, nos espaços de interação e no compartilhar de conhecimentos e práticas. A interação surge como uma valorização dos sujeitos na construção de um trabalho coletivo, com horizontalidade e flexibilidade nas relações sociais do trabalho.

Pode-se identificar que, para desenvolver um trabalho com estas características, as equipes têm enfrentado obstáculos culturais oriundos da atenção tradicional, que vêm sendo ultrapassados na medida em que a comunidade e a equipe conseguem estabelecer uma relação

de aproximação e compromisso que se dão, principalmente, através do acolhimento e do vínculo.

Esta relação, parece estar construída, através da valoração dos diversos sujeitos do/no trabalho, na compreensão dos elementos socioculturais e ambientais, como transformadores do processo de trabalho em saúde, na construção de uma racionalidade social e produtiva.

A partir dos sujeitos desta pesquisa, foi possível identificar que a construção desta racionalidade ocorre na medida em que são valorizadas práticas como a educação permanente em saúde, onde os processos de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde tenham como referência as reais necessidades do objeto sujeito/coletivo, da gestão e da participação popular em saúde, para que, a partir delas, ocorram transformações das práticas de saúde.

A identificação dos elementos socioambientais que compõem o acolhimento na estratégia SF, ocorreu a partir do reconhecimento de que o processo de trabalho da ESF apresentou característica interdisciplinar, de um trabalho coletivo onde a interação e a valoração dos sujeitos está presente nas atividades diárias, através do objeto sujeito/coletivo percebido em seu contexto socioambiental.

A fim de possibilitar a identificação desses elementos fez-se um recorte didático sobre cada tema, mas é possível, visualizar que estes elementos se relacionam e interagem entre si, na perspectiva de uma construção socioambiental do trabalho em saúde.

A participação popular revelou-se um elemento socioambiental constituído de valores da racionalidade cultural que permite a aproximação entre os sujeitos do trabalho, reconhecendo no objeto da atenção seus valores e necessidades, aproximando-se ao domicílio, ao ambiente como possibilidade de interagir com as questões de saúde.

Identificou-se, ainda, que esta participação ainda é um processo em construção, onde o processo educativo surge como instrumento de mobilização, permitindo o desenvolvimento de

atividades, com características inovadoras, de promoção da saúde, direcionadas para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde.

Outro elemento de característica socioambiental relacionado ao acolhimento, identificado nesta pesquisa, foi à gestão do processo de trabalho e a co-responsabilização nas ações. Este elemento está intimamente relacionado à participação popular na direção de que tanto a gestão quanto a co-responsabilização compreendem um processo participativo.

A gestão e a co-responsabilização, como elemento do acolhimento, apresentou relação com a racionalidade instrumental constituindo-se de três instrumentos de organização do processo de trabalho das ESF: o planejamento; a referência e contra-referência e a intersetorialidade. Estes instrumentos foram considerados pelos sujeitos como estratégias essenciais para garantir a continuidade e a integralidade da atenção à saúde. Assim, é possível, identificá-los como elementos do acolhimento, no sentido de que o processo de acolhimento permeia todas as ações de saúde e seus elementos possam viabilizar a consolidação da integralidade do sistema e das ações de saúde.

Diante disto, é possível identificar no acolhimento, o vínculo como um terceiro elemento socioambiental relacionado à racionalidade teórica. Nesta perspectiva, o acolhimento e o vínculo surgem como novos valores agregados ao trabalho, fundamentados em novas práticas e significados para o processo de trabalho, no sentido da garantia do acesso universal, da resolutividade e da humanização do atendimento

O vínculo também está relacionado aos demais elementos identificados, já que este, quando presente nas relações de trabalho, é capaz de motivar a participação popular, mobilizar trabalhadores e comunidade na organização da atenção e potencializar o valor do acolhimento no processo de trabalho.

Nesta relação, pode-se concluir que o acolhimento identificado no processo de trabalho das equipes estudadas, revelou-se como um processo-instrumental capaz de

direcionar as ações de saúde, contemplando os princípios do SUS, contribuindo de forma efetiva para a consolidação da estratégia SF.

Identificou-se, ainda, que a busca da identificação do processo de trabalho do PSF, através da racionalidade socioambiental, permitiu delinear a finalidade do trabalho como a busca da produção de saúde na forma de satisfação das necessidades individuais e coletivas, nas relações entre equipe e comunidade.

Essa compreensão, implica reconhecer, que a construção de um novo modelo de saúde acolhedor, pressupõe a ampliação da dimensão cuidadora, no sentido de absorver novos valores e práticas e desencadear processos mais partilhados dentro da equipe de saúde e também entre os profissionais e usuários, para que se garanta o acolhimento, o vínculo, a participação popular, a gestão e a co-responsabilização.

Evidenciou-se, então, que o acolhimento permeia o processo de trabalho das ESF, caracterizando-se como um processo-instrumental de trabalho constituído de elementos socioambientais, afirmando-se assim as questões norteadoras delimitadas neste estudo de que o acolhimento está presente no processo de trabalho do SF, como instrumento de trabalho, composto por elementos socioambientais, que dão a este característica de um processo-instrumental onde são agregados novos valores e significados, na aproximação com a racionalidade substantiva, para o trabalho em saúde, com vistas a identificar as necessidades do objeto sujeito/coletivo do trabalho no seu contexto socioambiental, na construção de um produto coletivo do trabalho com vistas a uma vida saudável.

As racionalidades permitiram maleabilizar a identificação e a compreensão do processo de trabalho no SF, quebrando o aspecto formativo que as normas e as regulamentações dão ao programa. Assim, foi possível articular as referências teóricas e os sentidos dados pelos sujeitos.

O processo de trabalho e o acolhimento abrem possibilidade para inúmeras outras correlações e interpretações, que não foram contempladas neste estudo por não compor este objeto de investigação. Portanto, os dados desta pesquisa passam a compor o banco de dados do macroprojeto de pesquisa intitulado Enfermagem em Saúde Coletiva: Poder e Autonomia na Organização Tecnológica do Trabalho Interdisciplinar na Rede básica dos Serviços públicos de Saúde, coordenado pela Prof^a Marta Regina Cezar-Vaz, possibilitando a continuidade e o aprofundamento desta temática.

A temática abordada por esta pesquisa, abre possibilidade para outros estudos no campo da Saúde da Família, que não foram contemplados neste estudo e necessitam ser melhor compreendidos como por exemplo o processo de avaliação do trabalho das ESF.

Como compromisso social desta investigação, destaca-se a devolução dos achados deste estudo ao universo da pesquisa por meio da reunião de avaliação trimestral promovida pela Coordenação Regional do PACS/PSF. Neste momento, estaremos contribuindo para a organização do processo de trabalho das ESF e assim, para a consolidação do SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva:** rede básica de saúde em Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1991. 297 p. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, agosto/1994. 22p. /mimeo.

ALMEIDA, M.C.P. O desafio do trabalho me equipe na atenção à saúde da família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Debates, agosto, 2001, p. 150-153.

ARAÚJO, M.R.N. **A saúde da família:** construindo um novo paradigma de intervenção no processo saúde – doença. 1999. 180p. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2003.

ARROYO, M.- **As bases da Educação Popular em Saúde**, Tema nº 21 p: 7. São Paulo, 2001.

AZAMBUJA, Eliana P. **O processo de trabalho e o processo educativo: construindo a prevenção da situação de risco e de acidente de trabalho**. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

BECH, J. Princípios Fundamentais da Atenção à Saúde, In Maria Ceci Misoezky & Jaime Bech, **Estratégias de Organização da Atenção à Saúde**. Porto Alegre, Da Casa p: 11 – 20, 2002.

BORGES, C.C. **Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa Saúde da Família (PSF)**. 2002, 161f. Dissertação (mestrado) Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão, Preto, USP, 2002.

BRANCO, Z.P. ;GOMES, M.R.O.; JULIANO,A.L.G., HAMILTON, C.A.D.V. Atuação da enfermeira na rede básica de saúde do município do Rio Grande. **Vitalle**, Rio Grande, 12: 47-54, 2000.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990.

_____. **Lei Federal nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990.

_____. **Lei Federal nº 10.527**, de 27 de julho de 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1886 GM/MS**, 18 de dezembro de 1997.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1444 GM/MS**, de 28 de dezembro de 2000.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198 GM/MS**, de 13 de fevereiro de 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1998
- _____. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do programa saúde da família – PSF**. Secretaria de Assistência a Saúde, Coordenação da atenção Básica. Brasília, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Participa SUS: política Nacional de Gestão Participativa para o SUS**, Brasília, 2004. documento preliminar disponível em: www.saude.gov.br acesso em 15/01/2005.
- _____. **A Estratégia de Saúde da Família**. , Brasília, 2001 Disponível pelo site www.saude.gov.br Acesso em 10 out. 2002.
- _____. Ministério da Saúde.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília: 1994.
- _____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Ementa Constitucional nº 20, de 15-12-1998. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.
- _____. Ministério da Saúde. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **O Programa Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil, 2001** Disponível em: < [http://WWW: saude.gov.br](http://WWW.saude.gov.br)> Acesso em: 07 jul. 2002.
- BUENO, W.S.; MERHY, E.E. **Os equívocos da NOB 96**: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Campinas, 1997. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/nob96/>. Acesso em: 14 fev. 2002, 31p.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Rio de Janeiro, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000
- CABREIRA, G.O. **A enfermagem em saúde coletiva e a modelagem da programação em saúde**: uma abordagem socioambiental do trabalho, 2003. 131f. Dissertação (mestrado

em enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Mestrado em enfermagem – FURG, Rio Grande, 2003.

CAMPOS, F. E. & BELISÁRIO, S. A. **O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada.** *Interface*, 5:133-142. 2001

CAMPOS, G.W.S. **A reforma da reforma.** São Paulo: Hucitec, 1992.

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

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo, Hucitec/Lugar Editorial, 1997. Parte 3, p. 229-266.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C. (org) **Inventando a mudança na saúde.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997, 333p.

_____. Saúde pública e coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2, v.5, 219-230, 2000.

CARVALHO, S.R.; CAMPOS, G.W. Modelos de atenção a saúde: a organização de Equipes de referência na rede básica na Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 507-515, 2000

CHIESA, A.M., VERISSIMO, M. De La Ó R. A educação em saúde na prática do PSF. In: Manual de enfermagem. Ids, São Paulo, 2001. disponível em: www.ids-saude.org.br/enfermagem/temasdecaraterintrodutorio.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v.53, n. esp., p.143-7, 2000.

CKAGNAZAROFF, I. B.; MOTA, N. R. Relação entre descentralização e intersetorialidade. CEPRAD, UFMG, 2003. Disponível em www.fgvsp.br/iberoamerican/papers acesso em 20/08/2004.

COUTO, Z.F.S. **A arte como exercício ético e estético para compreensão do processo de trabalho em Saúde da Família.** 2003. 138f. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Mestrado em enfermagem – FURG, Rio Grande, 2003.

CRUZ NETO, O. O trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In MINAYO, Maria Cecília S. (org.) et al. **Pesquisa Social:** Teoria, Método e Criatividade. 18º ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1999.

FRACOLLI, L.A & BERTOLOZZI, M.R. A Abordagem do Processo Saúde-Doença das famílias e do Coletivo. In: Brasil, Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem. Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001.

FRACOLLI, L.A.; MAEDA, S.T.; BRITES, P.T.; SEPÚLVEDA, S.C.F.; CAMPOS, C.M.S.; ZOBOLI, E.L.C.P. - **A visita domiciliária sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no programa de saúde da família: um relato de experiência**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 5 n. 2 p. 78 – 82, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em 25/02/2005.

FRANCO, T.B., BUENO, W.S., MERHY, E.E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2) p. 345-353, abr-jun, 1999.

FRANCO, T.B., PANIZZI, M. & FOSCHIERA, M. **O “acolher Chapecó” e a mudança do processo de trabalho na rede básica de saúde**. Secretaria de Saúde de Chapecó, Santa Catarina, 2003. Disponível em: <http://web.chapeco.sc.gov.br/concursosauade>. Acesso em: 05/02/2004.

GIOVANELLA L, LOBATO L, CARVALHO A.L, CONNIL E.M, CUNHA E.M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde Debate** 2002; 26:37-61.

HARTZ Z.M.A, CONTANDRIOPOULOS A .P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros” **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004.

JACOBI, P. Meio Ambiente e Educação para a Cidadania: O que está em Jogo nas Grandes Cidades? In SANTOS, J. & SATO, M. (org.) **A Contribuição da Educação Ambiental à Esperança de Pandora**. São Carlos: Rima, 2001.

LAURELL, A. C. A Saúde-Doença como Processo Social. In: NUNES E.D.(org). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo, Global, 1983.

LEFF, E. Sociologia y ambiente:sobre el concepto de racionalidad ambiental y las transformaciones del conocimiento in Vieira, Paula F. & Maimon, Dália (org) **As Ciências Sociais e a Questão Ambiental**, RJ: APED e Belém: NAEA, 1993.

_____. **Epistemologia ambiental**. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. **Saber ambiental:** sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder. Tradução Lúcia Mathilde Endlich Orth. Vozes, 2001.

LEITE, J.C.A., MAIA, C.C.A. & SENA, R.R., **Acolhimento: reconstrução da prática de enfermagem em unidade básica de saúde.** Revista Mineira de Enfermagem, v.3, n.1/2, jan/dez. 1999.

LEOPARDI, M. T.(org) **Teorias em Enfermagem: Instrumentos para a prática.** Florianópolis, Papa-livros, 1999.

LIMA, M. A. D. S., ALMEIDA, M. C. P. de & LIMA, C. C. A Utilização da Observação Participante e da Entrevista Semi-estruturada na Pesquisa em Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. esp. , p. 130-142, 1998.

LUCCHESI, P. T. R.; CAPISTRANO FILHO, D.; PAIM, J. S.; NORONHA, J. C.; GOLDBAUM, M.; BRETAS Jr., N; PIOLA, S. F.; OLIVEIRA Jr., S. M.; VIANNA, S. M. & BARROS, M. E. D.,. **11a Conferência Nacional de Saúde. Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização da Atenção à Saúde, com Controle Social.** Termos de Referência para Desenvolvimento dos Sub-Temas. Brasília: Assessoria de Programação da 11a Conferência Nacional de Saúde. 2000 (mimeo).

LUNARDI FILHO, W.D. & LEOPARDI, M.T. **O trabalho da enfermagem:** sua inserção na estrutura do trabalho geral. Rio Grande, 1999.

MALTA D.C, FERREIRA L.M, REIS A.T, MERHY E.E. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate** v. 24, p. 21-34, 2000.

MATUMOTO. S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde.** Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998, 230 p.

MENDES, E.V. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal.** In: MENDES, E.V. (org). **Distrito sanitário:** o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2.ed. São Paulo, Hucitec, 1994. Cap.1, p. 19-91.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996, 300p.

MENDES GONÇALVES, R.B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. **Cadernos CEFOR.** São Paulo, Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992.

MENDES- GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E.E. **A luta na saúde pela defesa da vida e algumas questões sobre o seu sujeito formulador:** contribuições para o planejamento e gestão de serviços. Cadernos CEFOR. São Paulo, Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992.

_____. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde:** os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (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: CECÍLIO, L.C.O. (org) **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo, Hucitec, 1994. Cap.3, p. 117-160.

. _____. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (org). **Saúde e democracia:** a luta do CEBES. São Paulo, Lemos Editorial, 1997. p. 125-141.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo, Hucitec/Lugar Editorial, 1997. Parte 1, p. 71-112.

_____, CHAKKOUR, M., STÉFANO, E., STÉFANO, M.C., 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. (orgs). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo, Hucitec/Lugar Editorial, 1997. Parte 1, p. 113-150.

MERHY, E.E.; QUEIROZ, M.S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 177-184, 1993.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 3ª ed., São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. (org), **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 7ª ed., Petrópolis: Vozes, 1997, 80p.

NUNES, M. O.; TRAD, L.B.; ALMEIDA, B. A.; HOMEM, C. R.; MELO, M.C.I.C. O agente comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1639-46, 2002.

OLIVEIRA, R.G., SIMIAONATO, M.A. W., ANTUNES, R.M. & SILVA, S. **Acolhimento, escuta e responsabilidade como princípios norteadores da prática do PSF**, 2003, disponível em www.pec.uem.br/dcm/trabalhos/ acesso em 25/02/2005

PAIM, J. S., **Saúde da família: Espaço de reflexão e de contra-hegemonia.** *Interface*, 2001. 5:143-146

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p.303-11, 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe multidisciplinar de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas, 1998. 254p. Tese (doutorado) – Faculdade de ciências médicas, UNICAMP, 1998.

_____. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família, na perspectiva da promoção da saúde. In: São Paulo. Secretaria do Estado da Saúde. **Seminário: o enfermeiro no programa de saúde da família**. São Paulo, 2000.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo**. 5.ed. São Paulo, Martins Fontes, 1995.

PINHEIRO R. **Integralidade e práticas de saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS**. **Boletim ABEM** 2003; 31:8-11.

PIRES, Denise P. A Estrutura Objetiva do Trabalho em Saúde. In LEOPARDI, Maria Tereza (org.) et al. **O Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livro, 1999.

RESENDE, A. L.M. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez, 1989.

SCHRAIBER, L. B., PEDUZZI, M., SALA, A., NEMES, M.I.B., CASTANHEIRA, E.R., KON, R. Planejamento gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciências e saúde coletiva**, 4(2):221-249, 1999.

SCHRAIBER, L. B. et al **Programação em saúde hoje**. 2ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHIMITH, M.D., LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov-dez, 2004.

SILVA, J.A **O agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade?** São Paulo, 2001. Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2001.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

SILVA JR, A. G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva**, São Paulo: Hucitec, 1998.

SOUZA, H. M. Programa Saúde da Família: entrevista. In Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, V.53, nº especial, p.7-16, dez, 2000.

TAKARASKI, R. F.; OLIVEIRA, M.A.C. **A visita domiciliária no contexto da saúde da família.** In: Manual de enfermagem. Ids, São Paulo, 2001.disponível em: www.ids-saude.org.br/enfermagem/temasdecaraterintrodutorio.

TAKARASKI, R. F.; OLIVEIRA, M.A.C. **A operacionalização do conceito de vulnerabilidade no contexto da saúde da família.** In: Manual de enfermagem. Ids, São Paulo, 2001.disponível em: www.ids-saude.org.br/enfermagem/temasdecaraterintrodutorio.

TANCREDI, F.B., Planejamento em saúde. Volume 2. In: TANCREDI, F.B.; BARRIOS, S.R.L.; FERREIRA, J.H.G. **Série Saúde & Cidadania.** São Paulo: Faculdade de saúde pública da Universidade de São Paulo, 1998.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância no contexto da regionalização da assistência à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):153-162, 2002.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde**, pp. 261-281, Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2000

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família.** São Paulo: Hucitec, 1999.

_____, **Educação popular nos serviços de saúde.** São Paulo: Hucitec, 1997.

_____(org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde.** São Paulo: Hucitec. 2001.

APÊNDICES

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Mestranda: Zelionara Pereira Branco

Orientadora: Prof^a Dr^a Enf^a Marta Regina Cezar Vaz

Ilmo Sr. (a)

Secretário(a) Municipal da Saúde

Prezado Gestor:

Venho respeitosamente através do presente, solicitar sua autorização para realizar uma pesquisa, junto aos trabalhadores que atuam no Programa Saúde da Família, desta instituição, durante o primeiro semestre do ano de 2004, que será desenvolvida por mim, através da Dissertação de Mestrado do Curso de Pós-graduação em Enfermagem intitulada: *“ELEMENTOS SÓCIOAMBIENTAIS QUE COMPÕE O ACOLHIMENTO NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA REGIÃO SUL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL”*.

O objetivo deste estudo é analisar o processo de trabalho em saúde das equipes que atuam no Programa Saúde da Família, no âmbito da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde/RS.

Esta pesquisa será desenvolvida através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas com os trabalhadores do programa, usando o consentimento livre e esclarecido. Para tanto, assumo o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos no trabalho, assim como a instituição.

Certa da atenção que vossa senhoria irá dispensar ao presente e colocando-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, aproveitando a oportunidade para apresentar protestos de estima e consideração.

Prof^a Dr^a Marta Regina Cezar Vaz

Enf^a Zelionara Pereira Branco

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Mestranda: Zelionara Pereira Branco

Orientadora: Prof^a Dr^a Enf^a Marta Regina Cezar Vaz

Ilmo Sr.

Coordenador Regional de Saúde

Prezado Gestor:

Venho respeitosamente através do presente, solicitar vossa autorização para realizar uma pesquisa, junto aos trabalhadores que atuam no Programa Saúde da Família, desta regional, durante o primeiro semestre do ano de 2004, que será desenvolvida por mim, através da Dissertação de Mestrado do Curso de Pós-graduação em Enfermagem intitulada: *“ELEMENTOS SÓCIOAMBIENTAIS QUE COMPÕE O ACOLHIMENTO NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA REGIÃO SUL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL”*.

O objetivo deste estudo é analisar o processo de trabalho em saúde das equipes que atuam no Programa Saúde da Família, no âmbito da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde/RS.

Esta pesquisa será desenvolvida através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas com os trabalhadores do programa, usando o consentimento livre e esclarecido. Para tanto, assumo o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos no trabalho, assim como a instituição.

Certa da atenção que vossa senhoria irá dispensar ao presente e colocando-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, aproveitando a oportunidade para apresentar protestos de estima e consideração.

Prof^a Dr^a Marta Regina Cezar Vaz

Enf^a Zelionara Pereira Branco

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Prezado(a) participante:

Venho respeitosamente através do presente, solicitar sua colaboração no sentido de participar de uma pesquisa que será desenvolvida por mim, através da Dissertação de Mestrado do Curso de Pós-graduação em Educação Ambiental intitulada: “*ELEMENTOS SÓCIOAMBIENTAIS QUE COMPÕE O ACOLHIMENTO NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA REGIÃO SUL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL*”.

O objetivo deste estudo é analisar o processo de trabalho em saúde das equipes que atuam no Programa Saúde da Família, no âmbito da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde/RS.

Asseguro o compromisso com o sigilo e a ética neste trabalho, respeitando a privacidade e o anonimato de cada participante.

Mestranda: Zelionara Pereira Branco

Orientadora: Profª Drª Enfª Marta Regina Cezar Vaz

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa, da forma de pesquisa através de entrevistas semi-estruturadas, com gravador e anotações por escrito. Fui igualmente informado(a):

- da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida a cerca de qualquer questão referente ao trabalho;
- da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo;
- da segurança de que não serei identificado (a) e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade, podendo eu inclusive escolher um nome fictício como identificação;

- do compromisso de acesso as informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados;
- de que serão mantidos os preceitos éticos e legais durante e após termino do trabalho;
- de permitir o uso do gravador e anotações das falas, com garantia do sigilo e anonimato.

Local e município: data:___/___/___

Nome:_____

Assinatura do participante_____

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nº da entrevista:

Adjetivo de Preferência:

Idade:

Categoria profissional:

Escolaridade:

Unidade Básica de Saúde:

Município:

Data:

Tempo de experiência profissional na área da saúde:

Tempo de experiência profissional em saúde pública:

Tempo de atuação em saúde da família:

QUESTÕES NORTEADORAS:

- 1- Fale sobre as ações que realizas no programa saúde da família.
- 2- Descreva como é desenvolvido o trabalho no PSF? Inclua em tua resposta a relação de trabalho e a realidade da população.
- 3- Apresente de forma mais específica as atividades de planejamento do trabalho em equipe, inclua em tua resposta como é realizado, com quem é realizado, para que é realizado e seu(s) produto(s) esperado(s).
- 4- Agora fale, detalhadamente, sobre a participação da população, incluindo os participantes e as atividades em que participam, bem como a natureza da participação.
- 5- Quando desenvolvemos nosso trabalho, ele geralmente está alicerçado por princípios que nos orientam, pois bem, fale sobre os princípios que norteiam o trabalho no PSF.
- 6- Para iniciar o trabalho necessitamos de um diagnóstico, fale sobre esta atividade, incluindo como é realizado, com quem e para que é desenvolvido.
- 7- A expressão acolhimento na tua vida em geral possui que significado? Agora, esta palavra no teu contexto de trabalho na USF, qual seu significado?
- 8- Bom, agora tente aproximar este significado a cada etapa do trabalho desenvolvido na equipe da saúde da família.
- 9- Descrevas como é realizada a divulgação das experiências e das ações, incluindo os sujeitos que participam deste processo e os motivos de seu desenvolvimento.

- 10- Descrevas como o processo de avaliação do trabalho na USF, incluindo as atividades, quem participa e para que é realizada.
- 11- O que entendes por vínculo? Como as ações de acolhimento se articulam ao vínculo no processo de trabalho da USF?
- 12- Articules o trabalho da USF e a gestão da USF.
- 13- Fale sobre o fluxo das atividades de assistência/cuidado desenvolvidas na USF e, a relação deste fluxo com o sistema local e regional de saúde.
- 14- Descreva as estratégias realizadas no trabalho da USF para consolidar o PSF.
- 15- Fale sobre as características regionais e sua influência no processo de acolhimento desenvolvido no trabalho da USF.
- 16- Fale sobre o processo desenvolvido no trabalho da USF para conhecer a realidade local, ou seja, o diagnóstico da comunidade.
- 17- Descreva como e para que este conhecimento da comunidade é utilizado no trabalho desenvolvido na USF.
- 18- Anteriormente falaste no fluxo das atividades de assistência na unidade, retornando a elas, fale sobre o acesso da população a estas atividades.
- 19- Fale sobre as parcerias intersetoriais que identificas no processo de trabalho desenvolvido na USF.

ORÇAMENTO DA PESQUISA**(Coleta de dados)**

Especificação	Quantidade	Custo (R\$)
Deslocamentos (combustível, pedágios, alimentação)	07 viagens	540,60
Material (fitas, pilhas)	28 pilhas	70,00
	10 pares de pilha alcalina	32,00
Total		642,60

