

Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades*

WORK PROCESSES IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM: CROSSINGS AND TRANSVERSES

PROCESOS DE TRABAJO EN EL PROGRAMA SALUD DE LA FAMILIA: TRANSVERSALIDAD

José Roque Junges¹, Lucilda Selli², Natália de Ávila Soares³, Raquel Brondísia Panizzi Fernandes⁴, Marília Schreck⁵

RESUMO

A pesquisa teve o objetivo de compreender os desafios éticos da implantação do Programa usando a abordagem qualitativa e discussão focal em grupo. A amostra foi intencional, com integrantes das diferentes equipes PSF do município de Campo Bom (RS): 3 médicos, 3 enfermeiras, 2 técnicas e 4 agentes comunitários de saúde. Foram criadas 8 situações de discussão sobre diferentes aspectos do PSF. O artigo é um recorte da pesquisa, tendo como objetivo específico os estrangulamentos nos processos de trabalho do PSF. O referencial teórico são os conceitos de atravessamento e transversalidade e a proposta da clínica ampliada. Os resultados foram classificados segundo os diferentes atores envolvidos nos processos de trabalho: usuários, agentes comunitários de saúde, profissionais, gestores e sistema de saúde. Os resultados apontam que os estrangulamentos nestes processos têm a sua origem na reprodução de procedimentos e de práticas hospitalares na atenção básica, levando a desconsiderar as dimensões subjetivas e sociais do processo saúde/doença. A proposta da clínica ampliada poderia ser uma resposta, porque defende que os itinerários terapêuticos precisam ser frutos de uma pactuação entre usuário e profissional.

DESCRIPTORIOS

Programa Saúde da Família.
Administração de recursos humanos.
Satisfação no emprego.
Atenção primária à saúde.
Saúde pública.

ABSTRACT

The study was performed with the objective to understand the ethical challenges of implementing the Program, using a qualitative approach and focal group discussion. The study included members from different FHP teams in the city of Campo Bom (Rio Grande do Sul, Brazil): three physicians, three nurses, two technicians, and four community health agents. Eight situations were created to discuss different aspects of the FHP. This article is an excerpt of the study, addressing the bottleneck effects in the FHP work process. The theoretical framework included concepts of crossing and transverse and the amplified clinic proposition. The results were categorized according to the individuals involved in the work processes: users of the health system, community health agents, professionals, administrators, and health system. The bottleneck effect in these processes originates in the repetition of primary care procedures and hospital practices, disregarding the subjective and social dimensions of the health/disease process. The amplified clinic proposition could be an answer since it holds that the therapeutic plans should result from an agreement between the health system user and the professional.

KEY WORDS

Family Health Program.
Personnel management.
Job satisfaction.
Primary health care.
Public health.

RESUMEN

La investigación tuvo el objetivo de comprender los desafíos éticos de la implantación del Programa usando el abordaje cualitativo y la discusión focal en grupo. La muestra fue intencional, con integrantes de los diferentes equipos PSF del municipio de Campo Bom (RS): 3 médicos, 3 enfermeras, 2 técnicas y 4 agentes comunitarios de la salud. Fueron creadas 8 situaciones de discusión sobre diferentes aspectos del PSF. El artículo es una parte de la investigación, teniendo como objetivo específico los estrangulamientos en los procesos de trabajo del PSF. El marco teórico es el concepto de transversalidad y la propuesta de la clínica ampliada. Los resultados fueron clasificados según los diferentes actores que participaron en los procesos de trabajo: usuarios, agentes comunitarios de salud, profesionales, gestores y sistema de salud. Los resultados apuntan que los estrangulamientos en estos procesos tienen su origen en la reproducción de procedimientos y de prácticas hospitalarias en la atención básica, llevando a desconsiderar las dimensiones subjetivas y sociales del proceso salud/enfermedad. La propuesta de la clínica ampliada podría ser una respuesta, porque defiende que los itinerarios terapéuticos necesitan ser fruto de un pacto entre usuario y profesional.

DESCRIPTORIOS

Programa de Salud Familiar.
Administración de personal.
Satisfacción en el trabajo.
Atención primaria de salud.
Salud pública.

* Extraído da pesquisa "A percepção dos profissionais sobre os aspectos éticos do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Campo Bom (RS)" Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2005. ¹ Filósofo, bioeticista. Professor e pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, RS, Brasil. roquejunges@hotmail.com ² Enfermeira, bioeticista. Professora e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, RS, Brasil. lucilda.selli@terra.com.br ³ Bolsista de Iniciação Científica e graduanda do curso de Fisioterapia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, RS, Brasil. natysoares@brturbo.com.br ⁴ Bolsista de Iniciação Científica e graduanda do curso de Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, RS, Brasil. brondi@terra.com.br ⁵ Bolsista de Iniciação Científica e graduanda do curso de Fisioterapia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, RS, Brasil. maryllya@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A política pública *Programa Saúde da Família* (PSF) tem o objetivo de focar a atenção tanto na dimensão social quanto na dimensão subjetiva da vulnerabilidade em saúde, indo além das puras práticas curativas, visando a promoção da saúde. O programa apresenta grande potencialidade de tornar-se um sistema eficaz para enfrentar as vulnerabilidades em saúde, mas apresenta limites que dificultam a pretendida mudança devido aos processos de trabalho e aos modelos de gestão organizados dentro do paradigma que se quer justamente superar⁽¹⁾.

O artigo é fruto de um estudo realizado por pesquisadores da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) sobre a percepção dos profissionais do PSF de Campo Bom, um município da região metropolitana de Porto Alegre, sobre os aspectos éticos do seu cotidiano. A investigação apontou alguns estrangulamentos da organização dos processos de trabalho e de gestão na saúde, que serão analisados neste artigo como um recorte da pesquisa conjunta acima enunciada.

As dinâmicas dos processos de trabalho são interpretadas, tendo como referencial teórico os conceitos de atravessamento e de transversalidade propostos pela análise institucional. Atravessamento significa que qualquer instituição é sempre atravessada por outras instituições, introduzindo suas dinâmicas e práticas. A unidade básica, por exemplo, é atravessada pelo modelo hospitalar. Transversalidade significa que a instituição é, também, o lugar da criação de agrupamentos que se integram no sistema para lutar contra esses atravessamentos⁽²⁾. O PSF representa um exemplo de transversalidade no sistema da unidade básica de saúde.

Os atravessamentos e as transversalidades acontecem por obra dos vários atores que interferem nos processos de trabalho do PSF: usuários, agentes comunitários, profissionais (médicos, enfermeiras e técnicos em enfermagem), gestores e sistema. Eles atuam de acordo com as suas representações culturais da saúde que servem de filtros para aceitar ou rejeitar práticas e estruturas organizacionais novas. Tendo presente que a medicina é sempre uma construção histórica e social, o modelo biomédico⁽³⁻⁴⁾ representa o paradigma científico e cultural vigente da maioria dos profissionais da saúde e serve de referencial para moldar os desejos e interesses dos usuários e modelar as organizações sanitárias. Por isso, os atravessamentos e as transversalidades presentes nos processos de trabalho têm, no fundo, como referência, esse modelo. Os estrangulamentos acontecem porque modelos antigos continuam presentes e atravessados nas novas propostas e estratégias de saúde, convivendo com articulações transversais que tentam pacificar novas práticas.

Para a discussão dos atravessamentos e das transversalidades específicos da área da saúde será usado o referencial teórico da co-gestão⁽⁵⁾ e da clínica ampliada⁽⁶⁻⁷⁾.

O movimento social da saúde coletiva desembocou na criação do SUS, exigindo uma mudança radical no modelo de atenção à saúde. O modelo tradicional da biomedicina baseia-se numa estrutura de competências e de gestão hierarquizada e num atendimento que privilegia a dimensão biológica para definir saúde e doença e os seus indicadores, considerados objetivos. É necessário fazer verdadeira clínica na atenção básica, mas não se pode, simplesmente, transferir a clínica típica de um hospital para a atenção básica, porque os contextos são diversos^(6,8).

Tendo presentes esses referenciais teóricos, o artigo pretende apontar alguns estrangulamentos nos processos de trabalho impeditivos para que a transversalidade do PSF seja efetiva.

MÉTODO

Os atravessamentos e as transversalidades acontecem por obra dos vários atores que interferem nos processos de trabalho do PSF: usuários, agentes comunitários, profissionais, gestores e sistema.

O tipo de investigação foi delineado como pesquisa exploratória, usando a abordagem qualitativa e a amostra intencional. Para coletar os dados foi empregada a técnica de discussão focal e, posteriormente, para trabalhar esses dados foi usada a análise de conteúdo.

Foram realizadas consultas com o coordenador estadual do Programa Saúde da Família no RS e com a coordenadora da Primeira Regional de Saúde para selecionar o município a ser estudado como campo de pesquisa. Os critérios para a seleção do município foram: 1) mais de três anos de implantação do PSF; 2) município de porte médio (>50.000 habitantes) pertencente à região metropolitana de Porto Alegre; 3) com a cobertura do programa abrangendo mais de 40% da população. O município escolhido, Campo Bom, implantou o PSF em 2001. Contava, na época, com 55.310 habitantes e a abrangência do PSF era de 43,66% da população (Dados fornecidos pela coordenadoria regional da saúde em 2004).

O grupo pesquisado constitui-se de profissionais e de agentes comunitários do PSF do município, escolhidos intencionalmente pelos pesquisadores depois de várias visitas às sete equipes, seguindo critérios de representatividade dos PSFs locais e dos diferentes integrantes das equipes de saúde. Na ocasião, o município tinha sete equipes locais da saúde da família. Na definição dos integrantes do grupo focal, se insistiu na inclusão dos agentes comunitários, pois eles não participam das reuniões periódicas das equipes, sendo apenas acompanhados em seu desempenho e formação por uma enfermeira encarregada. O grupo focal foi constituído por 3 médicos, 3 enfermeiras, 2 técnicas de enfermagem e 4 agentes comunitários. Os depoimentos aparecerão referidos como M1, M2 ou M3 (Médicos), E1,

E2 ou E3 (Enfermeiras), T1 ou T2 (Técnicas) e A1, A2, A3 ou A4 (Agentes). O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da UNISINOS com a Resolução nº 029/2006.

Os roteiros de discussão focal abordaram aspectos éticos do próprio programa, das práticas profissionais, das relações entre os profissionais e com os usuários e das tradições culturais da comunidade. Foram criadas oito situações de pesquisa, de uma hora e meia cada uma, sobre as quatro temáticas. As discussões foram gravadas, depois transcritas e analisadas.

Os atravessamentos que impedem a fluidez e o êxito do trabalho das equipes e as transversalidades que abrem caminho são analisados segundo a percepção dos trabalhadores da saúde da família e classificados em relação aos atores envolvidos nos processos de trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para entender os processos de trabalho^(1,9) no PSF, é necessário ter presente os protagonistas que interagem nesses processos. O *usuário* é o foco central do atendimento através da atenção dos *agentes comunitários da saúde* e dos *profissionais da equipe*, com o respaldo dos *gestores* e do próprio *sistema integrado de saúde*.

Usuários

Os profissionais apontam, principalmente, dois atravessamentos provocados pelos usuários que estrangulam os processos de trabalho: a demanda espontânea e a dependência/independência em relação aos integrantes da equipe de saúde.

A demanda espontânea choca-se com a proposta do PSF de agendamento e da oferta de iniciativas na linha de educação em saúde⁽¹⁰⁾. O agendamento não funciona porque a pessoa diz *como vou saber se estou doente naquele dia* e não existe consciência da importância de hábitos saudáveis. Desse modo, a equipe responde apenas a demandas que crescem progressivamente. Por isso os participantes do grupo focal afirmam, em coro: [...] *quanto mais demanda tu dá, mais paciente tu tem. [...] quanto mais ficha tinha mais paciente aparecia*.

Essa constatação estressa a equipe, segundo um dos integrantes:

Eu acho terrível atender a demanda assim que tu tens que tocar, tocar, tocar. Tu te estressas,... não tens tempo nem de mandar às vezes ele sentar porque já tem mais dez fichas ali e tem um horário pra cumprir (M3).

A atenção básica tem mais condições de dar-se conta dessa demanda desnecessária do que o hospital que sofre de uma iatrogenia cultural que cria a dependência dos usuários dos serviços médicos⁽⁸⁾. Não se trata de uma demanda represada, mas responde, simplesmente, ao imaginário social criado pela biomedicina. Para esse imaginário a cura

não depende apenas do princípio ativo do medicamento, mas da sua eficácia simbólica fornecida por um mediador que, de certa maneira produz a cura, no caso o médico. Como existe facilidade de acesso, vai se consultar esse mediador simbólico da saúde. No PSF

as pessoas têm mais liberdade de chegar. É aquela questão assim, eu não tinha um motivo óbvio, mas a porta está aberta, vamos lá ver o que eles têm aí, o que eles estão ofertando. É bem assim a demanda. [...] tu sabes que nem vão comprar o remédio, dobram a receita, guardam, eles deram uma passada ali para ver o que o médico vai dizer, porque tu tens que passar (M2).

Essa dependência do profissional pode também ser incentivada pelo vínculo que caracteriza o PSF:

Claro que a gente quer fazer vínculo, mas não quer que esse usuário se torne dependente da unidade [...] quer que ele se torne agente da sua própria saúde. Se torne independente (E1).

A profissional, contudo, chega a compreender que essa dependência pode ter a sua causa no desânimo e no desamparo social em que as pessoas vivem:

o desânimo tomou conta de todo mundo, ao menos de repente na unidade eles vêem uma pequena solução ou uma pequena luz, porque o financeiro não dá, o social está terrível, a política está terrível, ao menos na unidade tem alguma coisa porque no resto não dá certo (E1).

Por trás do vínculo está, em geral, a visão clínica do antigo médico de família, de a pessoa poder dizer *esse é o meu médico*. O vínculo teria que ser com a equipe e não tanto com o médico, apesar de o usuário poder sentir-se mais identificado com alguém da equipe. Se o vínculo se estabelece exclusivamente em relação ao médico, cria-se dependência e corrobora-se o imaginário social do modelo biomédico. Por isso a equipe precisa desenvolver um olhar clínico ampliado que ajuda a superar a dependência.

Se, por um lado, os profissionais constatarem essa dependência, por outro lado, apontam a frustração e a angústia que sentem com a autonomia dos usuários:

Não conseguir mudar hábitos do hipertenso, do diabético. [...] mas eu não posso obrigar uma pessoa a fazer uma coisa que ela não quer. Mas é muito frustrante [...] Isso causa muita angústia: saber que determinadas coisas podem ser evitadas e não são porque a gente não pode comandar a vida alheia. [...] Porque chega num ponto que tu não sabe mais o que fazer. Tudo já foi falado, toda equipe se desgastou. Mas engraçado tu tem que conviver com o problema, porque eles estão sempre na unidade com o mesmo problema, as mesmas repetições (E2).

Os profissionais constatarem a interferência das questões da subjetividade e da autonomia dos usuários, mas não conseguem inseri-las no itinerário terapêutico. Menos ainda possibilitar momentos de interação para encontrar uma pactuação sobre os valores de uso da produção de saúde que os usuários buscam na unidade e trabalhar, nessa rela-

ção, a produção da subjetividade tanto dos usuários quanto dos profissionais.

A frustração dos profissionais com as interferências da subjetividade está ligada ao atravessamento do modelo hospitalar na atenção primária. O trabalho no hospital está centrado nos procedimentos, exames e medicações adequadas a cada patologia, práticas que ficam abaladas na atenção básica, porque não existe a submissão do sujeito, como no hospital, e as condutas dependem do próprio sujeito e não do profissional. Na atenção básica o poder dos profissionais é muito menor e o caminho terapêutico é impossível sem o diálogo e a participação dos usuários. A frustração dos profissionais explica-se pela falta de consciência dessa diferença⁽⁸⁾.

A clínica hospitalar desenvolvida pelo modelo biomédico exige um afastamento do cotidiano, criando uma situação artificial de controle para fazer frente a uma patologia. Caracteriza-se pela concentração no diagnóstico, pelo tempo curto de internação, pela dependência total dos profissionais (heteronomia), pelo acento nos sintomas físicos e por uma avaliação dos resultados num curto prazo. Essa situação põe entre parêntese os desejos e os interesses da subjetividade do enfermo.

Se essa desconsideração da subjetividade é problemática para o próprio atendimento hospitalar, ela é totalmente contraproducente na atenção básica, porque ali as pessoas se encontram nas situações reais do seu cotidiano, onde a subjetividade é continuamente produzida pelas relações e pelos desafios que enfrentam. Nessa situação, a atenção precisa concentrar-se mais na terapêutica, no tempo longitudinal, na autonomia dos sujeitos frente aos procedimentos propostos, nos resultados em longo prazo e, principalmente, nas incidências do processo saúde e doença na constituição da subjetividade do usuário.

O imaginário social dos usuários sobre atendimento foi construído pelo modelo biomédico que se impôs na sociedade ocidental, criando demanda e consumo por procedimentos e produtos médicos como mediação simbólica da saúde. Para esse imaginário, a cura depende do uso de procedimentos e de produtos médicos que não são apenas instrumentos técnicos, mas realidades providas de eficácia simbólica, produtora de saúde, fornecida por seus mediadores, os profissionais. Os próprios profissionais formados, em geral, neste mesmo modelo⁽¹¹⁻¹²⁾, cuja máxima expressão é o hospital, confundem a clínica com procedimentos hospitalares. Quando o profissional transfere práticas aprendidas no atendimento hospitalar para a atenção básica ele sente frustração, porque elas não funcionam, como seria de esperar, e, por outro lado, agindo assim, incentiva inconscientemente a própria demanda dos usuários.

Agentes Comunitários de Saúde

O agente comunitário é um ator indispensável no PSF. Representa o elo com a comunidade, uma das bases do programa. Mas não existe muita clareza sobre essa nova

figura no mundo da saúde⁽¹³⁾. Uma primeira questão é se ele pertence, ou não, à equipe. Não existe unanimidade no grupo focal:

na equipe multiprofissional inclui também as ACS. Isso é opinião minha [...] Também acho que o agente comunitário deve ser considerado como um profissional como qualquer outro profissional da equipe (M1).

Essa divergência manifesta-se pelo fato de os agentes não participarem das reuniões da equipe, mas terem encontros periódicos com a enfermeira⁽¹⁴⁾.

Outra questão é o acesso das agentes aos prontuários e às informações. A proibição ao acesso justifica-se, segundo alguns participantes do grupo, porque

são pessoas da comunidade, devem ser da comunidade [...] são muitas vezes vizinhos a anos daquele paciente ou até parentes e de repente por um motivo deles acabam sabendo coisas que essa pessoa não queria ter compartilhado (E1).

Outros profissionais, ao contrário, acham que essa questão depende da orientação, pois

no momento que tu capacita ele melhor, tu orienta do ponto de vista de qual é a conduta correta (M1).

Outro afirma que

não tem porque não ter acesso ao prontuário para atualizar a questão da mudança de dados e obviamente vai ver o histórico do paciente (E1).

As agentes que participavam do grupo focal rebatiam a questão da confidencialidade, dizendo que

a gente acaba sabendo as coisas por ir fazer visita e, às vezes, eles contam as coisas para nós e não contam para enfermeira nem para o médico (A1).

Outras questões discutidas pelo grupo foram a formação e a profissionalização dos agentes:

Eles tem que ser melhor preparados no sentido de que as ACS se deparam com coisas que elas não sabem como resolver, até coisas do sofrimento das pessoas [...] (E3).

A preocupação com a formação é uma necessidade continuamente apontada e relaciona-se com a questão da regularização da profissão para dirimir o conflito de competências com o técnico de enfermagem.

Tem que regularizar a profissão do ACS que não está regularizada para não entrar em conflito com os funcionários de dentro da unidade, ou seja, os técnicos, porque daqui a pouco os técnicos também vão verbalizar isso e com razão (E2).

Essa falta de preparo e de clareza para o exercício de sua função torna o agente vulnerável e provoca sofrimento⁽¹⁵⁾. Uma participante do grupo chega a propor que o agente seja o antigo atendente de enfermagem. Essa preocupação demonstra que o tipo de formação desejada para o

agente identifica-se, principalmente, com conhecimentos biomédicos. Aqui se pode colocar a questão se o agente comunitário está mais próximo da enfermagem ou do serviço social ou é uma mixagem dos dois. Essa definição da identidade do agente é indispensável para pensar o perfil e a formação.

É novamente oportuno introduzir o referencial da clínica ampliada. Muitos desses atravessamentos com relação à presença e à ação dos agentes nas equipes seriam dirimidos com a introdução de um olhar clínico mais ampliado. Eles aparecem como fruto de pensar a partir de procedimentos hospitalares. Esta é, no fundo, a causa para excluir o agente da equipe de saúde de família. Ele não tem competência para desenvolver as práticas requeridas pelo modelo biomédico. Pensando a produção da saúde como produção de subjetividade, como defende a clínica ampliada, a presença do agente é requerida como mediador da comunidade atendida, pois a subjetividade é construída nas relações presentes num determinado contexto sociocultural.

As próprias questões da confidencialidade adquirem outra perspectiva porque elas estão pensadas a partir de uma compreensão clássica da clínica, onde acontecem relações explicitamente definidas como assimétricas entre médico e paciente, nas quais, a subjetividade do usuário e muito mais do profissional, está descartada. A confidencialidade está fundada na responsabilização exclusiva do médico em relação ao paciente infantilizado. Trata-se de uma compreensão de relação assimétrica em que não existe produção de subjetividade.

Contudo, para que o agente possa participar ativamente da equipe, são necessárias mudanças radicais no modelo de gestão tanto no sentido da horizontalização das relações de trabalho quanto da diferenciação das competências em vista da produção de saúde. As competências dos agentes estão definidas, mas não fica claro como elas convergem com as outras competências da equipe para a produção de saúde. Essa convergência é fruto de uma necessária interação entre as subjetividades dos diferentes trabalhadores possibilitada pela co-gestão dos coletivos da saúde. Do contrário, existe uma fragmentação das competências que impossibilita a produção coletiva da saúde da família e da comunidade.

Profissionais da saúde

O modelo de atenção proposto pelo PSF está baseado numa equipe multiprofissional. Uma técnica constata:

no hospital é bem mais severo, a gente tem pouco acesso. No PSF não. A gente conversa normalmente com médicos, enfermeiros. Pelo menos lá conosco a gente decide junto (T1).

A decisão conjunta é o objetivo de um grupo com múltiplas competências multiprofissionais. Isso exige horizontalidade e interação entre os atores e a compreensão da co-gestão de processos para que se alcance a decisão acorda-

da. Nessa interação acontece uma troca de conhecimentos que supera o modelo bio-médico operacionalizado por competências exclusivistas e por procedimentos padronizados.

Um médico compreende a equipe como um lugar de troca de conhecimento:

Daqui a pouco tu estás com as técnicas, com alguém da enfermagem, a troca de experiência é do profissional, e a gente aprende com isso. Conhecimento não tem nenhum valor guardado pra ti. Um dia podes estar precisando e estás com algum profissional que está sabendo mais sobre algum assunto (M2).

O olhar multiprofissional permite uma clínica ampliada. Ela integra, além dos conhecimentos específicos sobre a ontologia das doenças, saberes mais ligados ao contexto e às subjetividades implicadas, permitindo uma verdadeira hermenêutica clínica.

Esse olhar clínico ampliado exige superar a tradição da aplicação de procedimentos padronizados e criar itinerários terapêuticos adequados à história pessoal de um sujeito determinado. Essa necessária criatividade na clínica ampliada exige um trabalho de equipe que envolve todos os atores da produção de saúde, sempre produção de subjetividade destes mesmos atores. O método de construção interativa da subjetividade no contexto social da saúde é chamado de *paidéia*, inspirado nos gregos para os quais a educação se identifica, sempre, com a construção da cidadania dos atores envolvidos nos processos sociais⁽⁶⁻⁷⁾. Em outras palavras a subjetividade é sempre fruto de uma interação pedagógica entre todos os atores envolvidos nos processos de saúde. Essa subjetivação significa responsabilização ética e pactuação política das práticas de saúde no seu contexto, fazendo acontecer uma educação continuada e permanente dos atores envolvidos.

O trabalhador saber lidar com as incidências das questões subjetivas no processo saúde e doença depende das incidências da sua própria subjetividade nos processos de trabalho. Por isso, uma enfermeira põe o acento no entrosamento da equipe:

Mas a coisa importante da equipe é se dar bem. Não ia se agüentar trabalhar 8 horas juntos. Trabalhar em harmonia, em conjunto. Se eu tomei uma decisão, a equipe tem que saber. Trabalhar com clareza, abertos francos. Não estar omitindo as coisas (E2).

Esse *dar-se bem* não acontece espontaneamente. Ele deve ser uma política de gestão para que os conflitos, os interesses e os desejos presentes nos processos sejam conversados, discutidos e pactuados quanto às suas incidências sobre a subjetividade dos próprios trabalhadores.

Numa equipe multiprofissional sempre se coloca a questão das competências, pois elas podem gerar conflitos ou contribuir para soluções criativas. Uma enfermeira constata:

Essa questão de saber até onde o outro vai, aonde ele pode, isso é uma coisa muito importante, porque não po-

demos sobrecarregar o profissional médico, porque pela comunidade tudo tem que ser com o médico... a gente tem que trabalhar essas instâncias melhor, pra entrar numa harmonia de equipe... até uma afinidade para que tu possa delegar coisas e assumir coisas (E1).

A multiprofissionalidade exige, por um lado, uma clara definição de cada competência, mas, ao mesmo tempo, espaços de intercâmbio e mixagem de competências. Essa definição não pode estar baseada numa delimitação de fronteiras de tipo geográfico ou de mercado, mas de conhecimentos sempre interligados. Essa é a base da clínica ampliada que extrapola os limites positivistas definidos pelo modelo biomédico.

Por outro lado, um médico constata que

o que mais dificulta a harmonia na equipe é a ausência de perfil. A pessoa não está afim de fazer o que ela está ali pra fazer, isso ali estraga o trabalho (M1).

A ausência do perfil dificulta a resolutividade, porque não se tem a perspectiva do PSF que é

ter um olhar especial para essas pessoas. Quem está ali, seja técnico, seja quem for, o médico tem que fazer isso aí. Se não quiser, vai ter que construir um outro caminho. Muda a equipe, porque senão a equipe não funciona. Aí fica demanda, demanda, demanda (M1).

A ausência do perfil é não saber aliar clínica com saúde coletiva, é não ter o olhar clínico ampliado pela escuta da subjetividade. Não tendo perfil, impera a demanda, porque o profissional assume, na atenção básica, a perspectiva hospitalar, secundando o imaginário social dos usuários, configurado pelo modelo biomédico.

Outro atravessamento constatado pelos profissionais é o stress do trabalho. A causa mais apontada é a falta de resposta da parte do usuário:

Porque no fundo eu acho que se a gente orienta, a gente sempre tenta fazer alguma coisa esperando algo em troca. O que é esse algo em troca? Que eles mudem (E2).

Ele não te satisfaz, então tu te frustra com aquilo [...] Mas porque eu me frustrei? Porque, na verdade, ela não respondeu às minhas expectativas. Qual eram as minhas expectativas? Eu estou te explicando, mas você tem que me responder. Porque ela não me respondeu, então eu vou me frustrar (E1).

O profissional formado pela dinâmica hospitalar compreende as propostas terapêuticas como prescrições e não como ofertas, concepção mais adequada para a atenção básica. Ele tem dificuldades de pactuar com o usuário uma decisão compartilhada e de responsabilização subjetiva sobre o itinerário terapêutico. Em vez da subjetividade autônoma do usuário ser um aliado na terapia, ela é um fator de frustração para o profissional. Falta-lhe a perspectiva do método da *paidéia*.

Devido ao *stress* do trabalho, vários apontam para a necessidade de um cuidador:

Falta de alguém que cuida de nós. Como não tem esse alguém pra cuidar de nós, você acaba criando mecanismos de lidar com algumas coisas (E2).

Muitas vezes, esses mecanismos de escape ou desvio agudizam o *stress*. Por isso, um dos participantes sugere que seria necessário trabalhar as relações e a subjetividade do próprio trabalhador:

Quando a gente vai fazer reunião de equipe, planejar, se reunir, fazer alguns momentos de troca, de convívio pelo menos, se não fica só na agenda (T1).

Outro pensa que nos momentos de conflito

é vital para o grupo que haja uma liderança [...] tem que ter alguém que puxa, que sente o termômetro da situação. Porque sempre vai haver conflito. Tem que ter alguém que faz esse meio de campo (T2).

A importância de momentos de troca e de convívio aponta para a necessária construção da subjetividade nos processos de trabalho na perspectiva da *paidéia*⁽⁶⁾. Essa interação, no entanto, só é possível se o gestor local, captando o termômetro da equipe e com visão de co-gestão, faz o meio de campo e tenta pactuar um compromisso entre os valores de uso da instituição de saúde e os interesses e desejos dos trabalhadores.

A visão taylorista de gestão⁽⁵⁾ impede, muitas vezes, o clima de confiança para a interação, devido à introdução de um agente administrativo na unidade:

Tem um agente administrativo que a gente sabe que vai controlar tudo. Então até onde nós podemos confiar [...] porque eu não sei se vou poder dizer o que dizia antes (E2).

Este agente tem a função de supervisionar o cumprimento de horários e a obtenção de resultados, identificando eficiência com controle, uma premissa típica da gestão taylorizada. O modelo da co-gestão de coletivos propõe outro caminho: a emergência da subjetividade e a responsabilização pactuada dos trabalhadores. Nesse modelo, não se trata de uma supervisão sobre eles, mas de uma *convisão* construída em interação com eles⁽¹⁶⁾.

Outro problema apontado é a intensa rotatividade dos profissionais. No grupo focal apareceram opiniões favoráveis e desfavoráveis à troca de profissionais nas equipes. As opiniões tinham, como base, a questão do vínculo. Para uns a troca dificulta o vínculo e desagradada à comunidade; para outros ajuda a superação da dependência e traz sangue novo para a equipe. Em geral a troca acontece para resolver o problema de desentrosamento de um membro na equipe. Esta não é a única causa da rotatividade. A falta de estabilidade leva os trabalhadores a buscar outro município onde o PSF ofereça melhores condições salariais e de trabalho.

Os gestores

Para possibilitar o método *paidéia* e a conseqüente clínica ampliada, é necessário mudar os modelos de gestão.

Impõe-se criticar o modelo taylorizado de gestão que vige em geral nas instituições de saúde, caracterizado pela verticalidade das decisões e pela desconsideração da subjetividade dos trabalhadores, apostando apenas no controle e no estímulo à concorrência. Para possibilitar esse câmbio paradigmático, pode-se propor o *método da roda*, baseado na horizontalidade e no modelo da co-gestão. Ele possibilita uma pactuação entre os valores de uso das instituições, isto é, os fins para os quais elas existem, no caso produção de saúde, e os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos nesta relação, fatores que incidem na constituição das subjetividades⁽⁵⁾.

Essa perspectiva é negada por um atravessamento muito apontado pelo grupo focal em relação aos gestores: a cobrança de resultados quantitativos. Uma enfermeira constata que

a coordenadoria está exigindo que as Agentes de Saúde, se tiver 200 famílias, façam 200 visitas no mínimo naquele mês. Quem trabalha há mais tempo e acompanha as Agentes de Saúde sabe que isso é impossível. A qualidade caiu lá em baixo. Como produzir saúde correndo assim [...] Eles exigem a quantidade e não a qualidade (E2).

Uma agente agrega:

Mas acontece então que para fazer a produção, tu acabas chegando ao portão, ali conversando com aquela pessoa e pedindo a assinatura. Eu não acho isso certo. Vou ser sincera, eu nunca consegui 100%, porque não acho certo chegar correndo e falar para as pessoas. Porque se tu chegas correndo tu não consegues levar nada para a unidade (A2).

Um médico recorda que na

última capacitação de PSF existia o seguinte: você não tem um número x para atender e não tem tempo, só que hoje chegou um ofício exigindo atender um paciente no máximo em 15 minutos [...] Não é exclusivo das agentes o 100%, essa coisa de números (M2).

A cobrança quantitativa é possível no hospital porque o olhar está centrado no diagnóstico, os procedimentos estão definidos e os resultados são esperados em curto prazo. Na atenção básica o olhar clínico é ampliado pela escuta da subjetividade, dificultando sua transformação em dados quantitativos. Por outro lado, a clínica ampliada concentra-se mais na terapêutica e trabalha com tempos longos, sendo mais difícil quantificar os resultados essencialmente atravessados pela subjetividade.

A impossibilidade de transformar em números as interferências da subjetividade no processo saúde/doença e a exigência de quantificar os resultados é um dos principais estrangulamentos no funcionamento do PSF. Aponta para um problema de compreensão sanitária do próprio sistema que, simplesmente, transfere critérios clínicos e epidemiológicos hospitalares para a avaliação do PSF. A proposta da clínica ampliada⁽⁶⁻⁸⁾ poderia ser uma resposta, porque não está centrada em procedimentos, mas no sujeito

terapêutico, defendendo que os itinerários de cura serão frutos de uma pactuação entre o usuário e o profissional. Essa prática está baseada no princípio de que toda produção de saúde é sempre produção de subjetividade tanto do usuário quanto do trabalhador, exigindo processos compactuados de trabalho e mudanças na própria organização do sistema.

O Sistema de Saúde

O sistema não é um ator ao lado dos outros. Representa o ambiente em que estes atores interagem. O sistema é aqui entendido como as estruturas de nível secundário e terciário que os profissionais da atenção básica recorrem para responder a necessidades que exigem outro tipo de relação entre os diferentes níveis do sistema. Os participantes do grupo focal apontaram como estrangulamento a questão da referência e da contra-referência relacionadas com o princípio da equidade.

Eu acho que equidade é você conseguir, se não consegue resolver o problema daquele paciente no atendimento primário, conseguir encaminhá-lo para o nível secundário ou terciário, mas ao mesmo tempo acompanhar ele de longe. Saber que ele vai para um outro serviço, mas que ele te dá o retorno. E esses têm que estar vinculados. Equidade é os três níveis funcionando de forma integral (M1).

O problema que então aparece é que

se faz o papel de referência e contra-referência, mas não se recebe a contra-referência (M3).

A causa é o preconceito do hospital em relação à unidade básica em não aceitar que o envio seja com diagnóstico:

os médicos não podem mandar com algum diagnóstico já no papel, porque o hospital ligava assim: quem era o médico do postinho para dar diagnóstico. Não podia mandar diagnosticado, só encaminhado [...] O hospital ligava xingando nossas médicas que já estavam com o diagnóstico (E2).

Esse preconceito hospital *versus* rede básica / PSF está claramente baseado na predominância do modelo biomédico que não aceita o diagnóstico que não tenha passado por meios tecnológicos mais sofisticados, que não existem na unidade básica. Sem competência para ser efetiva na atenção básica, a corporação médica hospitalar tende a afirmar que as práticas da atenção primária estão fora da sua responsabilidade e a não levar em consideração o diagnóstico dos profissionais do PSF. Embora a clínica da atenção básica seja muito complexa pelas interferências da subjetividade e pela necessária negociação da terapêutica, as corporações médicas tendem a negar essa complexidade e a desprezar a atenção básica porque estranha à biomedicina clássica hospitalar⁽⁸⁾.

A questão da referência e contra-referência e das relações entre os diferentes níveis do sistema teria outro encaminhamento, tendo presente a proposta de reorganização dos serviços através da integração entre as equipes de referência locais e os grupos de apoio especializado matricial.

Essa integração possibilitaria a construção de projetos terapêuticos compartilhados entre a equipe de base e o serviço matricial de especializações⁽⁷⁾.

CONCLUSÃO

O Programa Saúde da Família tem como objetivo uma mudança no modelo de atenção básica. Essa transformação exige uma conversão no paradigma de assistência à saúde, nada fácil porque depende de uma mudança na compreensão do processo saúde/doença, e na forma de organizar as práticas de atenção.

Os dados apontam que um dos principais estrangulamentos para uma efetivação do programa é a transferên-

cia inconsciente de procedimentos hospitalares do modelo clássico biomédico para a atenção básica. Essa transferência produz atravessamentos que atrapalham a eficácia das práticas terapêuticas porque o seu resultado depende, em grande parte, das incidências da subjetividade. Seus efeitos aparecem em um longo prazo, o que não é o caso dos procedimentos hospitalares.

O modelo da clínica ampliada poderia ser uma resposta a esse estrangulamento porque defende que a atenção básica necessita fazer verdadeira clínica, mas não aquela do hospital. Trata-se de uma clínica atenta às dimensões subjetivas e sociais do processo saúde/doença e do processo de trabalho que ele desencadeia. Isso significa construir itinerários terapêuticos pactuados entre o usuário e o profissional.

REFERÊNCIAS

1. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.
2. Baremlitt G. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos; 1992.
3. Luz MT. Natural, racional, social. Razão médica e racionalidade científica moderna. São Paulo: Hucitec; 2004.
4. Camargo RK. Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec; 2003.
5. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2005.
6. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2005.
7. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 53-92.
8. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.
9. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2004;20(2):438-46.
10. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o PSF: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface Comun Saúde Educ. 2005;9(16):39-52.
11. Ermel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(4):533-9.
12. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(1):65-72.
13. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública. 2002;18(6):39-46.
14. Levy FM, Matos PES, Tomita NE. O programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20(1):197-203.
15. Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(3):426-33.
16. Reis CCL, Hortale VA. Programa de Saúde da Família: supervisão ou "convisão"? Estudo de caso em município de médio porte. Cad Saúde Pública 2004;20(2):491-501.

Financiamento

CNPq com o Edital 372004 SUS/Sistemas e Políticas de Saúde – qualidade e Humanização no SUS e pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)