

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ACOLHIMENTO E VÍNCULO EM UMA EQUIPE DO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA: REALIDADE OU DESEJO?**

MARIA DENISE SCHIMITH

Porto Alegre, junho de 2002

MARIA DENISE SCHIMITH

**ACOLHIMENTO E VÍNCULO EM UMA EQUIPE DO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA: REALIDADE OU DESEJO?**

*Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
em Enfermagem da Universidade Federal do Rio
grande do Sul, como requisito parcial à obtenção
do título de MESTRE em ENFERMAGEM.*

Orientadora: Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Porto Alegre, junho de 2002

5355a Schimith, Maria Denise
Acolhimento e vínculo em uma Equipe de Saúde da Família:
realidade
ou desejo?/Maria Denise Schimith; Orientação de Maria Alice Dias da
Silva Lima. Porto Alegre, 2002.
113 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do
Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em
Enfermagem.

1. Acolhimento. – 2. Vínculo. – 3. Programa Saúde da Família. -
4. Organização dos serviços de saúde. I. Título

CDD 610.7365

Bibliotecária Responsável
Lúcia Vauthier Machado Nunes
CRB 10/193

AGRADECIMENTOS

À Dr^a. Maria Alice Dias da Silva Lima, minha orientadora, pela dedicação, compreensão e respeito. Pela oportunidade de convivência que proporcionou um inesquecível aprendizado e acima de tudo por me fazer sentir sujeito no processo de construção deste trabalho;

À banca examinadora do projeto, pelas ricas colaborações apresentadas no exame de qualificação;

Às professoras do curso de mestrado, pela oportunidade de aprendizado e crescimento;

Aos colegas de mestrado, pela possibilidade de conhecê-los, em especial à Eliane Neves Vernier pela companhia nas viagens e na estada em Porto Alegre e por me incentivar em momentos delicados desta caminhada;

À equipe do Programa de Saúde da Família que nos acolheu, por permitirem entrar no seu cotidiano, abrindo possibilidades de novos horizontes nos serviços de saúde;

À Maristel Kasper Grando, auxiliar da pesquisa, pela seriedade com que assumiu a tarefa, pela precisão com que realizou os relatos e por ter tão cedo compreendido o verdadeiro papel de um trabalhador de saúde;

À Coordenação e colegas da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, pela valorização da razão dos meus afastamentos semanais, tornando possível a realização deste mestrado;

Ao Lucas, Vinícius e Denilso, meus refúgios onde encontro amor e carinho, por saberem entender a importância desta prioridade em minha vida, obrigada por estarem comigo!

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

RESUMO

1	INTRODUÇÃO	08
2	CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO E SUA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
	Objetivos	26
3	METODOLOGIA	27
3.1	Caracterização do estudo	27
3.2	Exploração do campo	29
3.3	O local do estudo	32
3.4	Coleta de dados	35
3.5	Análise dos dados	39
4	O PROCESSO DE TRABALHO E O ESPAÇO DAS TECNOLOGIAS LEVES	41
4.1	A organização do serviço de saúde e o processo de trabalho	41
4.2	O espaço das tecnologias leves na produção do cuidado	57
4.3	A concepção dos trabalhadores acerca do usuário	78
5	O MODO DE PRODUÇÃO NO PSF E A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS	89
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
	ABSTRACT	104
	RESUMEN	105
	REFERÊNCIAS.....	106

ANEXOS.....	111
Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	112
Anexo B - Roteiro da entrevista com os trabalhadores de saúde	113

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Trabalho em Saúde.....	77
FIGURA 2 – Processo de Objetivação.....	79
QUADRO 1 – Municípios com PSF implantado na 4ª CRS, 2002.....	30
QUADRO 2 – Distribuição populacional, por sexo e faixa etária, na área de abrangência do PSF, 2001.....	34
QUADRO 3 – Distribuição da amostragem de jornadas de trabalho e tempo, durante o período de observação.....	36

RESUMO

O objeto deste estudo é o acolhimento e a produção de vínculo aos usuários adscritos a uma Equipe do Programa Saúde da Família, no Estado do Rio Grande do Sul (RS). Os conceitos de acolhimento e vínculo são considerados elementos das tecnologias leves, que têm como espaço de realização o encontro entre trabalhador e usuário. Tem-se o objetivo de analisar o trabalho de uma Equipe de Saúde da Família, no que se refere ao acolhimento dos usuários e à produção de vínculo, durante o trabalho vivo em ato, caracterizando o modo de produção de saúde que está sendo construído e também as concepções dos trabalhadores acerca do usuário, identificando o potencial de acolhimento e de construção de vínculo entre profissionais e usuários. Caracteriza-se como um estudo de caso. Os dados foram coletados através de observação livre, entrevista semi-estruturada e análise de documentos. Foram observadas atividades individuais e coletivas, em jornadas de trabalho escolhidas aleatoriamente. Entrevistou-se o médico, a enfermeira e três auxiliares de enfermagem. Os dados foram analisados através da abordagem dialética e classificados em estruturas de relevância. Os resultados obtidos possibilitam uma avaliação da maneira de produzir saúde que está se delineando com o Programa de Saúde da Família. Verificamos uma relação entre a organização do processo de trabalho e a possibilidade de concretização das tecnologias leves. O trabalho da equipe está centrado no ato médico. A enfermeira prioriza as atividades administrativas e educativas em detrimento dos atendimentos clínicos individuais e não se constitui enquanto referência para as auxiliares de enfermagem. Essas trabalhadoras são as responsáveis pela recepção na unidade e têm seu trabalho centrado em procedimentos. Observamos que existem lacunas no acolhimento aos usuários, sobretudo no que se refere à abertura do serviço para a demanda, à responsabilização pelos problemas de saúde da população e ao estímulo à autonomia do usuário. A produção de vínculo está relacionada com o desenvolvimento de atividades clínicas, pois foi constatado que a população sente-se vinculada ao médico. O usuário do serviço, na concepção dos trabalhadores, é tido, por vezes, como sujeito e, por outras, como objeto. Não existe uma definição de projeto de trabalho enquanto equipe. Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde não são compreendidos e não se constituem enquanto projeto pensado dos trabalhadores, caracterizando-se o programa como focal e paralelo. Propõe-se a aproximação da enfermeira a atividades clínicas e ao acolhimento aos usuários e a transformação dos serviços de saúde em espaços de defesa da vida, individual e coletiva.

1 INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo é o acolhimento e a produção de vínculo aos usuários adscritos a uma Equipe do Programa Saúde da Família, no Estado do Rio Grande do Sul (RS). A análise desses aspectos possibilita uma avaliação do modo de produção de saúde que está sendo construído no Programa de Saúde da Família (PSF).

A acolhida¹ e o vínculo são diretrizes indispensáveis para a qualidade dos serviços e para o controle e participação dos usuários nos serviços públicos (Campos, 1997a). Através da acolhida, é possível, por exemplo, saber se a necessidade da pessoa que procura o serviço é de consulta médica, de enfermagem ou de outro profissional. Isso desencadeará um equacionamento de recursos e priorização das ações de forma a atender um maior número de usuários, ampliando seu acesso aos serviços. Como o acolhimento prevê escuta, pode promover a satisfação do usuário, pois sua opinião é respeitada para a eleição da necessidade que será atendida.

A motivação para realizar este estudo vem de insatisfações que tiveram origem em atividades como enfermeira de saúde pública. Durante a prática profissional, observávamos que um dos critérios de acesso aos serviços era a ordem de chegada para consulta médica e não a prioridade do problema de saúde apresentado. Fomos percebendo que seria possível agir diversamente e que, principalmente, a atuação do profissional enfermeiro poderia ser otimizada e mais eficaz o atendimento por ele prestado. O enfermeiro pode fazer a ‘acolhida’ dos usuários, tomar conhecimento de suas necessidades, definir com eles o melhor encaminhamento e reconhecer aí seu espaço, assumindo melhor seu papel.

¹ Usaremos acolhimento e acolhida indistintamente, já que os autores citados utilizam esses termos dessa forma.

Campos (1997b) diz que apostar no vínculo, uma ligação mais estável e duradoura com os pacientes², possibilita que eles exerçam melhor seus direitos de cidadania. Foi possível vivenciarmos isso com a experiência na Coordenação do Serviço de Saúde Mental e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em um município da Região Noroeste do RS. A socialização do conhecimento, o estímulo à mobilização da comunidade para buscar seus direitos, fomentando a participação efetiva nas decisões do Conselho Municipal de Saúde (CMS), eram os objetivos principais, possibilitados pelo vínculo existente com a comunidade.

A partir disso é que, hoje, identificamos algumas contradições, quando, dentro da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde de Santa Maria, acompanhando o trabalho de Equipes de Saúde da Família, percebemos a manutenção, ainda, de algumas regras condizentes com uma indesejável forma de atendimento mecanicista e fragmentado.

Através desse acompanhamento, observou-se que a relação profissional/paciente apresenta uma lacuna, percebida através da linguagem e da postura de alguns profissionais. Assim, os usuários passam por pessoas ignorantes, mal-agraçadas, coitadas, que não sabem o que querem, evidenciando o que Pitta (1996, p.42) chama de “a bestialização do indivíduo”, que se manifesta através de atitudes de infantilização ou de imposição sustentada no saber, pelo qual o profissional tem o conhecimento técnico, e o usuário deve obedecer, sem questionar, as condutas prescritas. Muitas vezes a atuação dos profissionais restringe-se aos aspectos técnicos, isto é, ele não conhece a realidade de seu paciente, recomendando algo, com frequência, impossível de ser seguido. Essa visão dos profissionais contraria a ênfase atual de

² Estamos usando neste estudo as palavras paciente e usuário de forma indistinta, pois os autores referenciados também o fazem.

responsabilização dos trabalhadores de saúde em relação às necessidades sentidas pelos cidadãos (Leite; Maia e Sena, 1999).

Além da não-responsabilização, acredita-se que essa postura torna impossível um atendimento humanizado em que o usuário se sinta acolhido. Merhy (1997a) afirma que a relação profissional/usuário é um desafio para a construção de um novo modo de trabalho em saúde e, se não mudarmos a maneira como o profissional se relaciona com seu objeto de trabalho - a vida e o sofrimento dos usuários individual e coletivamente -, de nada adianta investir em organização ou financeiramente.

Estamos em meio a uma grande discussão sobre qual modelo de atenção à saúde é o ideal para garantir a implementação das diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS. Merhy; Cecílio e Nogueira Filho (1991) comentam a necessidade de definir o modelo assistencial, para termos condições de determinar o perfil de profissionais e os objetivos que se almejam nas ações de saúde. Neste estudo seguimos o conceito baseado na premissa de que um modelo é estabelecido através da relação entre as ações de saúde e a prática política de uma determinada sociedade. Portanto, quando se fala de modelo assistencial, “estamos falando tanto da organização de serviços de saúde a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de construção de ações específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais” (Merhy; Cecílio e Nogueira Filho, 1991, p.83).

Considerando que o PSF está sendo proposto como estratégia para uma mudança, a escuta e o vínculo com os usuários são premissas básicas, visando ao despertar da cidadania (Brasil, 1997, 2000a). Concordamos com Franco; Bueno e Merhy (1999), quando afirmam, para a construção de um novo modo de atuar, ser preciso que o serviço se organize de maneira a centrar-se no usuário, a fim de que a

acessibilidade, a escuta e a relação entre profissionais e usuários ocorram com padrões humanitários, de solidariedade e cidadania.

Assim, este estudo torna-se relevante e justifica-se pela necessidade de se conhecer melhor o que de fato acontece no processo do atendimento, durante a realização do trabalho em saúde, ou seja, no trabalho vivo em ato, bem como apreender a intencionalidade do trabalhador através do projeto pensado, desejado, antes mesmo da execução do trabalho vivo.

A proposta do Ministério da Saúde de implantação do PSF tem como finalidade sugerir uma estratégia de mudança de um modelo centrado na consulta médica, no qual o usuário deve ter a ‘sorte’ de conseguir um espaço que saneie seus problemas após horas ou dias numa fila.

Os profissionais de saúde no modelo vigente, via de regra, agem conforme o paradigma flexneriano, ou seja, o atendimento é feito à ‘peça’ doente, não ao sujeito, sem levar em conta os aspectos sociais da sua vida. Esse paradigma pressupõe a saúde como ausência de doença e ações essencialmente curativas (Mendes, 1996).

A humanização do atendimento não vai além da ausência de grosseria; na concepção dos profissionais, parece que o usuário deve sentir-se eternamente agradecido pelo favor que lhe estão prestando, denotando a fragilidade da consciência de direitos à saúde por parte dos usuários. Conforme Bosi e Affonso (1998), isso não significa, porém, ausência total de consciência, pois a população percebe claramente que se encontra desprovida de direitos e verbaliza que deveria ser diferente, contudo se apresenta resignada ou submissa.

As situações anteriormente citadas, referentes ao atendimento do PSF, são sugestivas da manutenção do modo tradicional de produzir saúde, ou seja, uma forma de

atender na qual os profissionais se apóiam em regras e rotinas, classificando as pessoas em patologias, reproduzindo a fragmentação apontada acima, sem levar em conta a história do sujeito e a promoção da cidadania. Para que alguma mudança ocorra, é necessário que os profissionais superem esse paradigma e assumam uma nova diretriz.

A necessidade de rompimento com o modelo tradicional de atenção à saúde é reforçada por Ceccim (1999, p.76), ao dizer que “o trabalho em saúde somente ultrapassa a medicalização quando se dedica ao usuário real das ações e serviços de saúde, ao seu efetivo acolhimento e à sua sensível escuta (...)”.

Para Matumoto (1998), apesar de ter havido mais acesso aos serviços, pela ampliação da oferta com o processo de implantação do SUS, isso não é o suficiente, pois a eficácia das ações e a capacidade de resolução dos problemas da população, com a criatividade que é necessária, são essenciais. Segundo Souza (2000), o número de Equipes de Saúde da Família no Brasil é de 10.400, atingindo mais de 30 milhões de brasileiros, o que significa, em média, 2.800 pessoas por equipe. Assim, o PSF seria um elemento importante na ampliação do acesso.

Com base na problemática apontada, torna-se necessário conhecer qual o modo de produção de saúde que ocorre nesse programa, principalmente no que se refere à acolhida dos usuários e à produção de vínculo com eles. Aborda-se o processo de trabalho de uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF), quais as concepções dos trabalhadores em relação aos usuários do serviço, como são recebidos, a responsabilização que os profissionais assumem pelas necessidades dos mesmos, o compromisso com o acesso, a produção de vínculo resultante desse processo, considerando-se o que se faz e o que se deseja fazer. O desejo³ é aqui compreendido

³ Consideramos desejo no sentido de anseio, aspiração (Ferreira, 1986).

como uma forma de se captar o projeto pensado dos trabalhadores e de revelar a intenção de suas ações. A partir da identificação desses elementos no trabalho vivo, também foi possível discutir o papel do enfermeiro nesse processo.

2 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO E SUA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Realiza-se, nesta pesquisa, uma análise do acolhimento e do vínculo estabelecidos com os usuários pelos profissionais das equipes de Saúde da Família. Para tanto, é necessário conhecer o Programa de Saúde da Família (PSF), sua história e o modelo de Vigilância da Saúde que o embasa, fazendo um contraponto com o modelo em Defesa da Vida, do qual retiramos a base conceitual do acolhimento, vínculo e do trabalho vivo em ato.

Entendemos que é adequado estudar esses elementos utilizando o referencial em defesa da vida, dentro da estratégia do PSF, mesmo não sendo esse o modelo que o orienta, pois fazemos um recorte a partir do trabalho vivo em ato da equipe que nele atua, ou seja, no microespaço do processo de trabalho. Considera-se, também, que o acolhimento dos usuários e a produção de vínculo estão entre os objetivos do PSF como veremos a seguir.

Em 1994, o Ministério da Saúde propôs o Programa de Saúde da Família (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 de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população” (Brasil, 1997, p.7).

A implantação do PSF, segundo Souza (2000), surgiu da necessidade sentida por alguns municípios, após a implantação do PACS, que, por sua vez, nasceu com o objetivo pontual de atuar na redução da mortalidade infantil do Nordeste do país. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) estimulou uma maior ligação entre a comunidade e o profissional enfermeiro que o coordena, levantando problemas que necessitam de retaguarda nas Unidades de Saúde, resultando no investimento do Ministério da Saúde no PSF.

O PSF pretende trabalhar com o princípio da vigilância da saúde, com atuação inter e multidisciplinar, responsabilizando-se pela integralidade das ações na área de abrangência, ou seja, cada equipe, composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde, deve responder por uma população adscrita em torno de três mil pessoas. Entre os objetivos específicos do PSF encontramos os seguintes:

- prestar assistência integral, com resolubilidade e boa qualidade, de forma contínua e racionalizada, à população adscrita;
- identificar os fatores de risco e neles intervir;
- elaborar, junto com a comunidade, um plano de ação para atuar nos fatores de risco;
- humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de vínculo entre seus profissionais e a população;
- fazer com que a saúde seja reconhecida como direito de cidadania, discutindo de forma continuada com a população os direitos sociais e as bases legais que os legitimam;

- estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social através da formação e participação dos Conselhos Locais de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde (Brasil, 1997; 2000a).

Soares (2000) critica os programas verticais como o PACS e PSF, dizendo que são normativos e não consideram as diferenças de realidade existentes no país. Sua forma padronizada não permite a organização de uma rede regionalizada que garanta acesso a outros níveis de atenção tornando-os mais resolutivos.

Para Sousa (2000), o PSF não é um dos programas verticais do Ministério da Saúde, pois não pretende atuar paralelamente aos demais serviços. Avaliamos que, apesar de concebido com o objetivo de integração e articulação, como a autora refere, ainda assim é um ‘programa’ e, como tal, tem sua configuração determinada, abrindo-se um vácuo entre o objetivo teórico e o que realmente ocorre no município.

Observamos, no cotidiano, ações que favorecem que este programa se torne paralelo, ao contrário do que pretende, por exemplo, o vínculo empregatício dos profissionais não condizente com o serviço público. Segundo Righi (2002), para garantir sua viabilização, o PSF promove a proposta de redução do Estado quando determina que os profissionais sejam contratados de forma terceirizada e não por concurso público, favorecendo a complementação salarial para garantir o cumprimento do horário.

Concordamos com Oliveira (2000), que escreve sobre a inserção da Faculdade de Medicina de Marília - São Paulo na formação de recursos humanos para a Saúde da Família, observando que a Estratégia Saúde da Família não pode ser reduzida à lógica de programas isolados como modelos de ação. Para ser um modo substitutivo de atenção, deve responsabilizar-se pela oferta de profissionais e serviços, principalmente

no que tange à formação de médicos e enfermeiras, de modo que, no cotidiano dos serviços, ocorra a mudança do modelo de atenção.

O PSF fundamenta-se no Modelo de Vigilância da Saúde (Brasil, 1997). O conceito de vigilância da saúde surgiu na década de 50, sob os saberes da epidemiologia, quando existia o risco de uma guerra bacteriológica. As estratégias de intervenção da vigilância da saúde são compostas por três grupos de ações: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa (Mendes, 1996).

O conceito de promoção da saúde engloba determinantes gerais sobre as condições de saúde de indivíduos e/ou comunidades. Relaciona educação com saúde, hábitos de vida com nutrição adequada e saneamento com qualidade de vida e redução da mortalidade. A promoção da saúde passou a ser prioridade das ações em países da América Latina a partir da Conferência Internacional de Bogotá em 1992, a qual resultou na Declaração de Santa Fé de Bogotá, que relaciona saúde e desenvolvimento, solidariedade e igualdade social como necessidade e convoca para que sejam consideradas inaceitáveis a marginalidade, as desigualdades sociais e a destruição do meio ambiente (Mendes, 1996).

A prevenção das doenças e dos acidentes consiste nas ações realizadas anteriormente à ocorrência do agravo. Englobam-se aqui consultas de pré-natal, diagnóstico precoce de doenças crônicas, educação em saúde que vise a estimular mudanças de hábitos prejudiciais à saúde (Mendes, 1996).

O terceiro grupo de ações - a atenção curativa -, segundo Mendes (1996), refere-se à cura das doenças com o objetivo de prolongar a vida, diminuir sintomas e reabilitar seqüelas. Esse autor afirma que, apesar da crítica à atenção curativa na

vigilância da saúde, essa deve ser considerada como direito de cidadania, contribuindo para a promoção da qualidade de vida através do equilíbrio psicossocial de uma população.

Os pilares da vigilância da saúde são o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade. Faremos uma breve discussão sobre esses três itens para entendermos a estratégia de tal modelo.

A dimensão de território é imprescindível à vigilância da saúde, que se baseia na concepção de “um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tensionam sujeitos sociais colocados, em situação, na arena política”(Mendes, 1996, p.248).

O PSF utiliza o critério de territorialização, com adscrição da clientela. Encontramos em Unglert (1994) que a esfera local de ação é o cenário determinado pelos atores sociais envolvidos, onde se confrontam os problemas de saúde, serviços e as necessidades de ação. A autora considera que a base territorial favorece o conhecimento das características dos problemas da população, o impacto das ações de saúde desenvolvidas e, principalmente, a responsabilização do serviço de saúde com a população adscrita.

Franco e Merhy (1999) lembram que a territorialização no PSF somente se preocupa com a arquitetura, com o desenho do local de atuação, não contemplando o modo como se produz a atenção à saúde. Não há cuidado com as relações entre os profissionais, entre os trabalhadores e as tecnologias do agir em saúde e entre os trabalhadores e os usuários.

Outro pilar da vigilância da saúde é o enfoque por problemas. Mendes (1996, p.249) explica que problema “é a identificação de uma diferença entre o que é o que

deveria ser”, tendo em vista os padrões e os valores de um determinado ator social. Afirma que é necessário diferenciar paisagem e problema. Considera que a cristalização de rotinas nos serviços de saúde determina a visão de problema como paisagem, ou seja, restrito à aparência. É preciso compreender a realidade através da sua problematização para desvendar-lhe a essência.

Sobre a intersectorialidade, Mendes (1996) diz que não deve reduzir-se à mera justaposição dos diversos setores sem integração recíproca. Propõe a comunicação como alavanca fundamental para romper a barreira entre os setores, garantindo economia de ações pela racionalidade e socialização dos conhecimentos específicos de cada um.

Passaremos agora a abordar acolhimento e vínculo, que são elementos do Modelo Tecno-assistencial em Defesa da Vida.

O Modelo Tecno-assistencial em Defesa da Vida⁴, segundo Carvalho e Campos (2000), está pautado nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) com os objetivos de garantir a gestão democrática dos estabelecimentos de saúde, o acolhimento humanizado da clientela, a garantia de acesso a serviços resolutivos e o fortalecimento de vínculo entre trabalhadores e usuários, com definição clara de responsabilidades, tendo como estratégia a valorização de ações em microespaços. Sem fechar as possibilidades, prioriza ações, faz uma descrição detalhada do processo de trabalho, do trabalho em equipe, valoriza a educação continuada em serviço e, acima de

⁴ Esse modelo é ancorado em vários autores e teorias. A noção de ‘caixa de ferramentas’ é utilizada para garantir flexibilidade à abordagem metodológica, assim as contribuições de Foucault, Guatari e Deleuze possibilitam o enriquecimento do método. Em Habermas, com a Teoria da Ação Comunicativa, e em Barenblitt, com a Análise Institucional, encontra-se a compreensão dos problemas institucionais e interesses em jogo dos diversos atores do processo. A discussão do processo de trabalho está baseada em Gonçalves, complementada com a discussão da micropolítica do trabalho. Na obra de Castoriadis sobre a psicanálise, Mehry encontra a análise do “trabalho vivo em ato” (Silva Junior, 1998).

tudo, considera a relação entre usuário e trabalhador como uma relação de sujeito para sujeito.

Silva Junior (1998) acrescenta que a relação instituição/usuário deve promover o incremento da consciência sanitária nos indivíduos como direito à e defesa *da* vida, estabelecendo uma relação crítica, não pondo de lado o conhecimento da população sobre sua realidade. Portanto, essa relação deve facilitar o processo de democratização dos serviços.

A concepção de saúde e doença, nesse modelo, acrescenta à epidemiologia o princípio da individualidade e da subjetividade, ou seja, devem ser valorizadas as características individuais e subjetivas do sujeito que adoece, percebendo-o como mais um ator social na resolução dos problemas de saúde (Silva Junior, 1998).

Para Silva Junior (1998), o acolhimento e o vínculo com responsabilização apresentam-se como elementos fundamentados em noções da área da saúde mental que auxiliam na melhoria de um elo entre trabalhador e usuário comprometido com a resolução dos problemas de saúde da coletividade. Aqui se encontra a individualização do sujeito, isto é, através do vínculo estabelecido entre a equipe como um todo e o usuário, elabora-se um plano de agir em que cada componente assume sua parcela. A equipe é convidada a 'criar', pensar formas de resolver problemas, de modo autônomo e responsável, tendo como princípio o estímulo à autonomia também nos usuários, propiciando nesse modelo uma outra característica fundamental, a da flexibilidade.

Para Carvalho e Campos (2000), acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário. Visto haver uma relação entre acesso e acolhimento, Campos (1997a) considera a acolhida como a abertura dos

serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região. Ramos (2001) corrobora essa afirmação, constatando que, ao sentir-se acolhida, a população procura espontaneamente o serviço além dos seus limites geográficos por apresentar-se como um serviço receptivo e resolutivo.

A acolhida deveria ser avaliada pelo seu acesso e plasticidade, entendendo-se a última como a capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades de modo a melhor responder aos problemas de saúde apresentados pela comunidade, adequando-os a recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos, sempre presentes na vida diária (Campos, 1997a).

O acolhimento na saúde, para Bueno e Merhy (1997), deve construir uma nova 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.

Pitta (1996) diz que o ato de escutar não se relaciona somente ao aparelho auditivo, ou seja, não consiste em ouvir apenas; necessita do acréscimo da audição psicológica fundadora do espaço de troca, mediando a resolução das necessidades identificadas.

O acolhimento é o que deve resultar das relações no processo de atendimento, o que ocorre após ultrapassada a etapa do acesso. Nesse encontro entre profissionais e usuário, dá-se uma negociação visando à identificação de suas necessidades, uma busca de produção de vínculo, com o objetivo de lhe estimular a autonomia quanto à sua saúde (Matumoto, 1998).

Segundo Campos (1997a), o vínculo com os usuários do serviço de saúde, essencial para a qualidade da clínica e seu controle social efetivo, deve cumprir com dois objetivos: ampliar a eficácia das ações de saúde e favorecer a participação do

usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissional quanto paciente, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. Concordamos, pois, com Campos (1997a, p.50), que diz:

“(...) faria parte fundamental de qualquer processo terapêutico todo o esforço voltado para aumentar a CAPACIDADE DE AUTONOMIA do paciente, para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, em consequência, da capacidade de cada um instituir normas que lhe ampliem as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida.”

Merhy (1997a) afirma que a relação humanizada da assistência, que promove a acolhida, é direito de todos nós, usuários e cidadãos. A humanização dá-se sob dois enfoques, o do usuário, principalmente, mas também o do trabalhador. Para que isso ocorra, é necessário que o trabalhador tenha autonomia e que suas ações sejam controladas publicamente, isto é, que o usuário seja ouvido e respeitado.

Matumoto (1998, p.21) explica que o acolhimento é determinado pela concepção de ser humano e de saúde/doença em que o trabalho se baseia. Conclui que o *porquê* acolher desvenda o modo como se efetiva a implantação do SUS e como os trabalhadores envolvidos “se posicionam frente ao lema ‘Saúde como direito de todos e de cidadania’, através dos princípios de universalidade, equidade, integralidade e acesso.”

Merhy et al. (1997) classificam o acolhimento e a produção de vínculo como tecnologia leve⁵ ou tecnologia de relação. Portanto, quando falamos desse tipo de tecnologia, devemos lembrar que ela nunca é passível de escassez, pois não depende de

⁵ Esses autores classificam as tecnologias em leves, leve-duras e duras. Consideram o exemplo citado no texto como tecnologia leve, saberes estruturados, por exemplo, a clínica psicanalítica, como tecnologia leve-dura e a máquina em si, normas e estruturas organizacionais, como duras.

recursos financeiros como é o caso de tecnologia dura. Depende, sim, do modo de produção do trabalho vivo em ato.

A seguir discutiremos o processo de trabalho humano e o trabalho em saúde, abordando o trabalho vivo em ato, a fim de entendermos a importância de nos atermos a ele neste estudo.

Merhy (1997b) apóia-se no referencial marxista e em autores que utilizam essa abordagem, Gonçalves, Donnangelo e Testa, para compreender o processo de trabalho humano e do trabalho em saúde. Esse autor ressalta a concepção de Marx na qual o trabalho não é somente uma atividade, mas ‘produz’ o homem quando em atividade, no local de criação, que é o trabalho vivo. A característica principal do trabalho humano é o fato de haver um projeto que antecede a sua realização.

No processo de trabalho existem três componentes: o trabalho em si, o objeto ou as matérias-primas e os instrumentos de trabalho. A articulação entre esses elementos, por um modo de organização que pretende a realização de um projeto, é imprescindível para o resultado final. Além disso, é necessário que exista um saber tecnológico para o trabalhador usar do seu trabalho vivo a fim de transformar a matéria-prima em um produto (Merhy, 1997b).

Nesse processo, segundo esse mesmo autor, há o trabalho vivo e o trabalho morto. O trabalho morto é aquele que resulta do trabalho vivo, ou seja, a cristalização desse último através dos produtos-meios (matérias-primas ou instrumentos). Também se considera trabalho morto o universo tecnológico, não só equipamentos, mas o “saber-fazer” que determina a razão instrumental do equipamento.

O trabalho vivo é o trabalho em ação, é instituinte⁶. Pode usufruir do que já está produzido, ou seja, pode ter autogoverno sobre o trabalho morto, que é o instituído, construído. Durante o trabalho vivo em ato, o trabalhador pode ser criativo, ser autônomo quanto aos instrumentos, que são trabalho morto, à sua disposição dentro de um objetivo que se pretende atingir. É preciso lembrar que nesses instrumentos está contido também o conhecimento do trabalhador para executar sua tarefa, por isso há a possibilidade de o trabalho vivo ser ‘capturado’ pelo trabalho morto (Merhy, 1997b). No caso da saúde, isto é muito importante, pois, se durante a relação trabalhador/objeto de trabalho, que é o usuário, o trabalhador cristalizar sua ação com seus conhecimentos, ele não exercerá o autogoverno e não será criativo. Sua produção, neste caso, pode não satisfazer as necessidades do produtor/profissional de saúde e tampouco a do consumidor/usuário.

Merhy (1997b) ressalta que, no processo de trabalho na saúde, a produção e o consumo ocorrem ao mesmo tempo, não é algo que se produz para depois se usufruir. O usuário ‘consome’ a ação de saúde enquanto ela está sendo produzida, seja durante um atendimento individual, como uma consulta, ou coletivo, como a educação em saúde.

O encontro entre profissional e usuário ocorre em um “espaço interseçor”⁷, no qual é possível se dar “factibilidade ao trabalho vivo em ato e ao jogo de necessidades” (Merhy, 1997b, p.95). Nesse espaço, tanto profissional quanto usuário são instituintes, pois ambos estão em busca de satisfazer suas necessidades.

No campo da saúde, em especial no encontro trabalhador/usuário (espaço interseçor), utilizam-se as tecnologias das relações ou tecnologias leves, entre as quais,

⁶ Merhy (1997b) apóia-se em Guattari para os termos “dado” caracterizando o instituído, que está construído; o “dando” é o instituinte, que está em processo de construção.

⁷ Segundo Merhy (1997), o termo *interseçor* representa a união das palavras *interseção/intervenção*, utilizado por Deleuze no livro *Conversações*.

como já mencionamos, dá-se o acolhimento e a criação de vínculo. Nesse caso, o trabalho vivo em ato do trabalhador tem sua autonomia ampliada, pois, no momento desse encontro não há controle externo, o que permite ao trabalhador ter espaço para o acesso à subjetividade do usuário, o que possibilita, por sua vez, a construção de um modo novo de operar o trabalho em saúde (Merhy, 1997b).

Para Merhy (1997b, p.121), o eixo de análise dos modelos tecno-assistenciais deve ser “o processo de efetivação da tecnologia leve” e sua inter-relação com as outras. O mesmo autor toma como tese o fato de que o encontro do trabalhador com o usuário no trabalho vivo em ato mostra os elementos dessa tecnologia, entre as quais constam acolhimento e vínculo.

Franco e Merhy (1999), ao formularem uma consistente crítica ao PSF, dizem que essa proposta é impotente para mudar o modelo de atenção, pois está centrada somente na estrutura, ou seja, na territorialização e na equipe mínima. Não se preocupa com o processo de trabalho da equipe, com o cotidiano de cada profissional, ao contrário, dita a função de cada membro da equipe. Isso predispõe ao isolamento de todo profissional em saberes estruturados, determinando sua dependência ao trabalho morto.

Tomando como base essas elaborações e considerando-nos atores do processo de implantação do SUS, em que temos o PSF como uma proposta do Ministério da Saúde que pretende contribuir para a mudança do modelo assistencial, surgem alguns questionamentos impulsionadores desta pesquisa: a relação entre usuários e profissionais no PSF proporciona acolhimento e vínculo? A autonomização do indivíduo está presente nessa relação? Os profissionais de saúde exercem seu auto-governo durante o trabalho vivo, de forma que o modo de produção possa ser

modificado? Durante o encontro entre trabalhador e usuário, ocorre uma negociação entre sujeitos para que sejam eleitas as necessidades de saúde?

A partir desses questionamentos, elaboramos os **objetivos** deste estudo:

- analisar o trabalho de uma Equipe de Saúde da Família, no que se refere ao acolhimento dos usuários e à produção de vínculo, durante o trabalho vivo em ato, procurando caracterizar o modo de produção de saúde que está sendo construído;
- analisar as concepções dos trabalhadores acerca do usuário do serviço, visando identificar o potencial de acolhimento e de construção de vínculo entre profissionais e usuários.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização do estudo

Esta dissertação teve como referencial teórico-metodológico a pesquisa qualitativa, pois, segundo Minayo (1997, p.22), com essa abordagem é possível desvendarmos valores, atitudes, crenças e aspirações que pertencem a “espaços mais profundos das relações (...)”. Na pesquisa qualitativa, segundo a mesma autora, a preocupação não é com a generalização dos dados obtidos e, sim, com a compreensão abrangente e profunda.

É um estudo de caso, porque, de acordo com Triviños (1987, p.134), analisa profundamente uma unidade, seja pela sua abrangência ou pela complexidade do referencial teórico que a orienta. À medida que o pesquisador aprofunda o assunto, a complexidade da análise aumenta, exigindo maior “objetividade, originalidade, coerência e consistência das idéias”.

Lüdke e André (1986) afirmam que o caso deve ser sempre delimitado, ter seus contornos bem definidos durante o percurso da pesquisa. O estudo de caso foi escolhido por propiciar a observação da singularidade de um caso único, particular, com valor em

si mesmo, no caso em questão, explorar a realidade do trabalho de uma equipe de Saúde da Família.

Das características fundamentais do estudo de caso, destacadas por Lüdke e André (1986), algumas estão nitidamente presentes nesta investigação.

- Visam à descoberta: durante a investigação buscamos sempre olhar além do que já se tinha por sabido. Assim, foi possível identificar aspectos no conteúdo do trabalho desenvolvido pela equipe que não estavam previamente determinados, como exemplo, o trabalho da enfermeira.
- Enfatizam a interpretação em contexto: a contextualização é fundamental para obtermos uma compreensão mais ampla do objeto. Para analisá-lo levou-se em conta ‘a equipe do PSF’ com sua história, a organização dos serviços de saúde do município, o percentual de população que abrange do município, a localização na área urbana, enfim, as ações, os comportamentos da equipe relacionados à situação em que ocorrem.
- Servem-se de uma variedade de fontes de informação: coletaram-se dados em diferentes momentos, procurando abranger todas as atividades desenvolvidas pela equipe através de diferentes fontes de informação, ou seja, utilizamos a observação livre, a entrevista semi-estruturada e a análise de documentos.
- Revelam experiência vicária e permitem generalizações naturalísticas: o relato da experiência foi realizado de forma que o leitor possa associar os achados do caso aos dados que possui, a partir de suas experiências pessoais. Os achados deste estudo podem ser comparados às vivências de outras realidades, se essas forem semelhantes.

3.2 Exploração do campo

Para Minayo (1994), a fase de exploração do campo a ser investigado compreende quatro etapas: a escolha do espaço da pesquisa, a definição do grupo a ser pesquisado, o estabelecimento dos critérios de amostragem e a estratégia da entrada em campo.

Como já se disse, o PSF no Brasil foi implantado em 1994. Desde então vem ampliando a cobertura populacional, passando de 847 equipes com pouco mais de 900 municípios em 1996 para 4.959 equipes abrangendo 1.870 municípios em 1998 (Brasil, 2000b). Em 2001, o PSF estava implantado em 3.684 municípios com 13.168 equipes (Brasil, 2002).

No Rio Grande do Sul, em 1996, o número de equipes era 12, em 1998 chegou a 63. Em 2001, no Estado havia 168 municípios com PSF implantado, totalizando 302 equipes (Sistema de Informação da Atenção Básica, 2002a). Comparativamente, no ano de 1998, o RS possuía somente 2,0% do total de equipes do país. O maior número encontrava-se em Minas Gerais com 24,4% e, em segundo lugar, no Ceará com 18,7% (Brasil, 2000b).

Este estudo tomou como cenário uma Equipe de Saúde da Família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde - 4ªCRS, dentre dezenove regiões administrativas da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, pois é o local de trabalho da pesquisadora. A 4ª CRS tem como sede o município de Santa Maria e abrange um total de 30 municípios da região central do Rio Grande do Sul, com um total de 504.827 habitantes. Desse total, onze municípios aderiram ao PSF, com período de adesão, número de equipes e cobertura populacional diferentes, como pode ser visto no Quadro 1.

Quadro 1- Municípios com PSF implantado, 4^oCRS, 2002.

MUNICÍPIO	ADESÃO	Nº DE EQUIPES	COBERTURA(%)*
Cacequi	Ago./2001	1	22,63
Dilermando de Aguiar	Nov./1998	1	100
Dona Francisca	Abr./2000	1	87,76
Nova Esperança do Sul	Jun./2001	1	100
Pinhal Grande	Out./2001	2	100
Quevedos	Abr./2001	1	100
Restinga Sêca	PSF urbano-Out./1998 PSF rural- Jun./2000	1 1	41,70
São Vicente do Sul	Mai./2001	1	40,94
Silveira Martins	Jun./2000	1	100
Toropi	Abr./2001	1	100
Tupaciretã	Jun./2000	3	48,95

* Refere-se ao total de cobertura do município, independente do número de equipes.

Fonte: Sistema de informação da atenção básica, 2002a

A investigação realizou-se em uma das equipe acima citadas. A opção por essa equipe foi consequência do desenrolar da pesquisa, pois, num primeiro momento, tínhamos nos proposto desenvolver o trabalho em equipes mais antigas, e esta é uma delas. Sua escolha deu-se devido a algumas características que a destacam das demais. Entre elas pode citar-se a estabilidade dos membros. No PSF investigado, houve troca do médico um ano após o início das atividades (em 1998), depois não ocorreram outras modificações. Consideramos esse fato importante, visto que a rotatividade, principalmente do médico, é uma realidade em nossa região. Podemos dizer que esse é um dos problemas do PSF, apoiados na constatação da pesquisa feita pela FIOCRUZ em parceria com o Ministério da Saúde (Brasil, 2000b), na qual foi destacado uma inconstância no número de equipes e de municípios com PSF implantado, pois, em dezembro de 1998, havia 6.294 médicos e enfermeiros cadastrados e, em junho de 1999, 5.264, representando uma redução de 20% de equipes cadastradas.

Outra característica, apreendida pela observação em um encontro com os enfermeiros do PACS/PSF na 4ª CRS e por informações da Coordenação Regional destes Programas, é que há um certo destaque no trabalho da equipe selecionada, principalmente no que se refere à integração entre seus membros. O maior problema enfrentado nas equipes, segundo as enfermeiras participantes da reunião, é a falta de integração entre médico e enfermagem.

Para Minayo (1994), a amostragem na pesquisa qualitativa não atende a critérios numéricos, podendo ser considerada uma amostra ideal aquela que reflete as múltiplas dimensões do objeto de estudo de forma totalizada. Assim, a amostragem privilegiou os membros da equipe que são os detentores da concretização do objeto que se pretendia conhecer, ou seja, o acolhimento e o vínculo no trabalho vivo.

O grupo que participou da investigação compôs-se de um médico, uma enfermeira e três auxiliares de enfermagem. A pesquisa realizou-se durante o período de licença-gestante de uma das auxiliares, portanto foi envolvida a substituta e, após o término desse período, a titular do cargo. Trabalham ainda no posto de saúde uma dentista que não faz parte da equipe, atendendo inclusive uma área de abrangência que não corresponde a do PSF, uma auxiliar de serviços gerais e seis agentes comunitários de saúde (ACS).

A estratégia de entrada em campo, segundo Minayo (1994), é importante para o desenvolvimento da investigação, pois é nessa fase que se estabelecem os primeiros contatos com as pessoas com as quais vamos nos relacionar; também, nessa etapa, é possível perceber alguns erros e proceder às devidas correções. Fizemos contato com a Secretária Municipal de Saúde desse município na primeira semana de junho, sendo aceita a proposta de esse município ser cenário da pesquisa.

Realizou-se, em agosto, uma visita à equipe explicando os propósitos do estudo e as técnicas de coleta de dados. A discussão do projeto deu-se na sala do computador. Nesse dia uma das auxiliares não estava trabalhando, a outra permaneceu atendendo na sala de triagem, portanto estavam presentes o médico e a enfermeira. Ambos receberam a proposta com muito entusiasmo dizendo que assim terão retorno de seu trabalho, pois não sabem bem se o que fazem é mesmo o que deveriam. A seguir conversou-se com a auxiliar presente, que também aceitou a proposta com agrado. À medida que fomos conhecendo as outras auxiliares, antes de iniciarmos a observação do seu trabalho, explicamos o projeto e esclarecemos dúvidas. Uma cópia do mesmo ficou à disposição da equipe.

3.3 O local do estudo

O município localiza-se na região central do Estado do Rio Grande do Sul, e está habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica desde 25 de novembro de 1998 conforme a Norma Operacional Básica – NOB 01/96. A criação do Conselho Municipal de Saúde data de 03 de julho de 1991 (Relatório..., 2001).

A população total do município é de 16.403 habitantes, 8.209 na zona rural e 8194 na urbana (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2002). A equipe urbana abrange 3.784 pessoas, 1.029 famílias cadastradas, o que corresponde a 45% da população urbana e 20,54% do total das famílias estimadas⁸ do município (Sistema de Informação da Atenção Básica, 2002b).

A capacidade instalada de instituições de saúde do município é composta por um hospital filantrópico que realiza serviço de pronto-atendimento à noite e em finais de

⁸ O PSF utiliza o termo “estimada” para definir o número esperado de famílias, obtido através da divisão da população informada no SIAB por 3,5 (número médio de pessoas por família utilizado pelo IBGE)

semana, uma unidade central que é referência para a população em geral, não possuindo uma área de abrangência delimitada, cinco unidades de saúde na zona rural, onde atua uma equipe de PSF, e a unidade de saúde, onde atua a equipe do PSF que fez parte da pesquisa.

Essa unidade de saúde, antes da implantação do PSF, prestava atendimento de enfermagem com uma auxiliar de enfermagem e atendimento médico três vezes por semana. Também possuía algumas microáreas⁹ do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), cuja enfermeira instrutora-supervisora executava suas ações na unidade central.

Em outubro de 1998, com a implantação do PSF, a unidade passou a funcionar oito horas por dia, de segunda à sexta, com a equipe mínima exigida pelo Ministério da Saúde: um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e seis ACSs. Também é exigência do Ministério da Saúde, a capacitação introdutória para o profissional médico e o profissional enfermeiro. Os ACSs e os auxiliares de enfermagem devem ser capacitados pela equipe antes do início de suas atividades.

Alguns dados referentes à população adscrita a essa unidade podem ser verificados através do Sistema de Informação da Atenção Básica¹⁰. A distribuição por sexo e por faixa etária das pessoas cadastradas pode ser vista no Quadro 2.

⁹ Designação do território de abrangência de cada ACSs.

¹⁰ O SIAB é utilizado pelas equipes de PACS/PSF e não sofre nenhuma conferência externa, sendo que os dados podem conter erros. Um exemplo é o número de crianças menores de 1 ano: nasceram 50 em 2001, conforme a série histórica das informações em saúde, e o consolidado de distribuição populacional por faixa etária só conta com 29 crianças.

Quadro 2 – Distribuição populacional, por sexo e faixa etária, na área urbana do PSF em 2001.

Sexo	Faixa Etária										
	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10a14	15a19	20a39	40a49	50a59	> 60	Total
Masc.	11	173	91	148	213	198	527	230	136	146	1.873
Fem.	18	162	97	134	212	165	576	221	151	175	1.911
Total	29	335	188	282	425	363	1.103	451	287	321	3784

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica, 2002b.

Observa-se que existem 38 mulheres a mais do que homens no total da população, 364 crianças abaixo de 5 anos, o que corresponde a 9,62%, e acima de 60 anos 321 pessoas, 8,48% da população. O total de mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos é de 1.174, correspondendo a 61,43% da população feminina.

Em 2001, o consolidado das famílias cadastradas pelo PSF revela que 96,89% das casas possuíam abastecimento da água de rede pública, em 98,45% houve coleta pública de lixo e 98,06% dos domicílios contavam com energia elétrica. O índice de alfabetização era de 87,80 % do total de pessoas acima de 15 anos e 88,40 % das crianças de 7 a 14 anos estavam na escola.

A Unidade de Saúde do PSF está localizada em anexo ao salão comunitário da área de abrangência. O espaço físico para a unidade resume-se em uma sala de triagem que tem um armário com medicação, uma pia, um fichário, escrivaninha, cadeiras, esfigmomanômetro de coluna de mercúrio. No corredor, localizam-se as entradas para dois banheiros e os nebulizadores. O consultório médico, onde também são realizados procedimentos cirúrgicos e curativos, possui dois armários de vidro, uma escrivaninha, uma pia, uma maca e cadeiras. Há um consultório odontológico, utilizado como sala de observações rápidas, quando a odontóloga não está atendendo. A sala de espera é improvisada dentro do salão comunitário, onde se reúne o grupo de hipertensos/diabéticos. Existe ainda, na parte inferior da estrutura, um local com dois

ambientes pequenos separados entre si por uma parede e uma abertura (que pode ser fechada com uma porta de correr). A porta de entrada nesse piso dá acesso a um ambiente com fogão, geladeira, pia, mesa ginecológica e escrivaninha. No outro ambiente há um computador com impressora, um armário com material informativo, um arquivo, uma escrivaninha e cadeiras. Como o espaço é muito pequeno, esses móveis ficam dispostos muito próximos um do outro. No primeiro dia de observação, a enfermeira referiu-se a este último local como ‘o lugar onde me escondo para poder trabalhar’.

3.4 Coleta de dados

As técnicas de coletas de dados utilizadas foram observação livre, entrevista semi-estruturada e análise de documentos.

Segundo Triviños (1987, p.153), observar não significa somente olhar. Na observação, dentro de uma realidade que é indivisível, isolam-se ou agrupam-se fenômenos para “descobrir seus aspectos aparentiais e mais profundos, até captar, se for possível, sua essência numa perspectiva específica e ampla, ao mesmo tempo, de contradições, dinamismos, de relações, etc.”

Esse autor diz ainda que a observação pode ser livre ou estruturada. Assim, realizamos uma observação livre, que atende as necessidades da pesquisa qualitativa, ou seja, observa a prática do sujeito sem a definição prévia de categorias.

Dois aspectos de ordem metodológica na coleta de dados da pesquisa qualitativa por observação livre são importantes, segundo Triviños (1987). São eles a amostragem de tempo e as anotações de campo. A amostragem de tempo consistiu na escolha aleatória de jornadas e dias de trabalho, neste caso, em atividades desenvolvidas por equipes de saúde da família, por exemplo, atendimentos individuais (consultas médicas,

de enfermagem, procedimentos de enfermagem como curativos, aplicações de medicamentos) ou atendimentos coletivos (grupos, palestras). Os períodos de realização da observação podem ser vistos no Quadro 3.

Quadro 3 - Distribuição da Amostragem de jornadas de trabalho e tempo durante o período de observação.

Código	Data	Dia da Semana	Jornada	Tempo
OBS1	03/08/2001	Sexta-feira	Manhã	2h15min
OBS2	09/08/2001	Quinta-feira	Manhã e tarde	7h
OBS3 OBS4	24/08/2001	Quinta-feira (duas observadoras)	Manhã	6h
OBS5	29/08/2001	Quarta-feira	Manhã	4h30min
OBS6	06/09/2001	Quinta-feira	Manhã e tarde	6h30min
OBS7	11/09/2001	Terça-feira	Manhã e tarde	7h45min
OBS8 OBS9 OBS10	18/09/2001	Terça-feira (duas observadoras)	Manhã	7h30min
OBS11	21/09/2001	Sexta-feira	Manhã	3h30min
OBS12	28/09/2001	Sexta-feira	Manhã e tarde	6h45min
OBS13	16/11/2001	Sexta-feira	Manhã	3h30min
	TOTAL			54h15min

Para o registro da observação fizeram-se anotações de campo de natureza descritiva e reflexiva. As descrições envolveram os comportamentos, as ações, as palavras, os gestos, as atitudes visando à identificação do acolhimento e à produção de vínculo com os usuários com equipes de saúde da família. As anotações reflexivas são aquelas que antecipam, durante a coleta de dados, sua análise. Foram sucintas, reduzidas a uma frase (Triviños, 1987).

Utilizou-se uma auxiliar de pesquisa para a coleta de dados através da observação e para a transcrição das fitas das entrevistas. Após a pesquisadora ser capacitada pela orientadora para realizar os registros das observações, também acompanhamos a auxiliar durante as primeiras observações e orientamos seus relatos.

Utilizou-se a entrevista semi-estruturada devido ao fato de a observação do trabalho vivo em ato dos agentes não revelar por completo seus projetos e a intencionalidade de suas ações (Anexo B). Como diz Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada na pesquisa qualitativa não é previamente determinada, ela torna-se necessária a partir dos dados já coletados e também da teoria que embasa a ação do pesquisador. Neste caso, a entrevista possibilita uma aproximação com o trabalho vivo, na perspectiva do trabalhador, ou seja, como o trabalho é pensado fora de seu momento de execução. O trabalho vivo que se apresenta como desejo, mas que ainda não foi objetivado em ato.

Segundo Lüdke e André (1986), a vantagem da entrevista é que ela permite o acesso imediato à informação desejada, permitindo o levantamento de opiniões sobre pontos já definidos por outra técnica de coleta de dados.

Realizamos duas entrevistas prévias para testar o roteiro a ser utilizado: uma com enfermeira e outra com auxiliar de enfermagem de outra equipe de Saúde da Família. Com isso, percebeu-se a necessidade de se realizarem algumas modificações no roteiro, principalmente no que se refere à extensão, retirando perguntas que revelavam ações já observadas e priorizando aquelas que nos permitiriam conhecer as concepções dos sujeitos acerca do seu trabalho.

Os documentos analisados foram o Relatório de Gestão do 3º trimestre de 2001 da Secretaria de Saúde do município e o Sistema de Informação da Atenção Básica informado pela equipe pesquisada.

Consideraram-se as diretrizes para pesquisa com seres humanos para proteção dos direitos dos envolvidos na pesquisa conforme os aspectos éticos apontados por Goldim (2000) e pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996). Os profissionais foram orientados através de um processo que envolveu a informação prévia e o esclarecimento de dúvidas. Essa orientação ocorreu durante a primeira reunião com a equipe em agosto e individualmente, à medida que tínhamos contato com os participantes não presentes na referida data. Explicamos a justificativa e os objetivos do projeto, os benefícios possíveis, a garantia de resposta a dúvidas no transcorrer da pesquisa e, também, o compromisso de devolução dos resultados. Sua autorização foi oficializada através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). Também contamos com a concordância da Coordenação da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, local de trabalho da pesquisadora e região administrativa estadual da qual o município em estudo faz parte.

As entrevistas foram codificadas para garantir a privacidade dos profissionais, omitindo seus nomes. A entrevista do médico aparece como **ENTMéd.**, da enfermeira **ENTEnf.** e das auxiliares como **ENTAux.1**, **ENTAux.2** e **ENTAux.3**.

Em relação aos usuários envolvidos na observação, conservou-se o anonimato utilizando-se nomes fictícios. Portanto, não houve solicitação de consentimento de forma escrita¹¹. Quando o atendimento era a portas fechadas, o profissional solicitava a permissão para a nossa presença explicando que se tratava de uma pesquisa, e a pessoa

¹¹ Conforme orientação do Prof. Dr. José Roberto Goldim.

podia optar por ser observada ou não. Nas consultas médicas, todos os usuários permitiram a observação, já durante as coletas de exame citopatológico pela enfermeira, algumas usuárias não a permitiram.

3.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada através de uma abordagem dialética. Segundo Minayo (1994), essa proposta de interpretação leva-nos ao conteúdo intrínseco conflitivo e antagônico da realidade, contextualizado social e historicamente. A análise sob a perspectiva dialética coloca o observador dentro do objeto de estudo, nunca de forma contemplativa. A práxis do pesquisador é revelada durante a interpretação dos dados, que supera a dicotomia objetividade/subjetividade, interior/exterior, análise/síntese.

A interpretação dialética em seu momento interpretativo, segundo a mesma autora, é o encontro entre os dados empíricos e a base teórica que o sustenta, em um movimento de ir e vir, colocando em dúvida conceitos evidentes, construindo uma nova visão do pensamento já tido como verdadeiro, superando seus limites.

Minayo (1994) propõe alguns passos para auxiliar nessa interpretação: ordenação, classificação dos dados e análise final. Na fase de ordenação, realizamos a organização dos dados obtidos através das observações e das entrevistas, obtendo um mapeamento de todo o material empírico, que totalizou 125 páginas. As fitas contendo as entrevistas foram transcritas pela auxiliar da pesquisa e posteriormente revisadas. Para compor a classificação dos dados, fizeram-se várias leituras dos textos, o que a autora chama de leitura exaustiva e repetida, buscando apreender idéias centrais e estruturas de relevância, permitindo o confronto entre os dados empíricos e a

fundamentação teórica. Empregou-se o software denominado Ethnograph versão 5.0 para auxiliar no arranjo dos dados, objetivando a definição das estruturas de relevância.

Durante a classificação dos dados empíricos obtidos com as entrevistas e as observações, baseada no referencial teórico utilizado neste estudo, foram destacadas as seguintes estruturas de relevâncias: acolhimento, acesso, responsabilização pelas necessidades do usuário, vínculo, estímulo à autonomia do usuário, a concepção do usuário pelos trabalhadores, o trabalho da enfermeira e a implementação do SUS.

A análise final é a interpretação de forma contextualizada, buscando ultrapassar a descrição e tentando estabelecer relações que levem a novas explicações. Para fins de apresentação, as estruturas de relevância identificadas foram reagrupadas em dois núcleos: **o processo de trabalho e o espaço das tecnologias leves; o modo de produção no PSF e a implementação do SUS**. No capítulo 4 discute-se o primeiro núcleo, subdividido em três seções: a organização do serviço de saúde e o processo de trabalho, o espaço das tecnologias leves na produção do cuidado e a concepção dos trabalhadores acerca do usuário. No capítulo 5 analisa-se o modo de produção no PSF e a implementação do SUS.

4 PROCESSO DE TRABALHO E O ESPAÇO DAS TECNOLOGIAS LEVES

Este capítulo pretende discutir, a partir do conhecimento do processo de trabalho de uma equipe de PSF, o acolhimento aos usuários e a produção de vínculo, tendo como fio condutor o trabalho vivo em ato. O acolhimento, assim como o vínculo, são componentes das tecnologias leves, utilizadas no trabalho vivo em ato na saúde, que se manifestam no encontro entre trabalhador e usuário. Considerando que o trabalho vivo é o espaço da concretização dos modelos de atenção, no qual se abrem possibilidades para a satisfação das necessidades dos usuários, passaremos a descrever a organização do trabalho da equipe conforme é identificado durante a coleta de dados.

4.1 A organização do serviço de saúde e o processo de trabalho

Para analisar o espaço micropolítico do modelo de atenção que é dado, faz-se necessária a discussão do processo de trabalho, pois o modo de organização entre os elementos que o compõem, o trabalho em si, os instrumentos de trabalho e o objeto da ação é que conduzem ao produto final e denotam o projeto dos trabalhadores.

Para a análise do processo de trabalho da equipe em estudo, descrevemos o conjunto de atividades desenvolvidas, identificando as responsabilidades de cada trabalhador com ênfase no trabalho da enfermeira.

Observamos que há uma divisão de tarefas na equipe, sendo que o médico desenvolve atividades de atendimento clínico individual, sejam consultas agendadas ou distribuídas no início da jornada de trabalho pela auxiliar de enfermagem, sejam visitas domiciliares, procedimentos cirúrgicos eletivos, consultas de pré-natal e coleta de preventivo de câncer de colo uterino.

A enfermeira coordena atividades desenvolvidas pelos ACSs, faz a escala das auxiliares de enfermagem, coordena atividades educativas coletivas como palestras, mutirões, atividades nas escolas pertencentes à área de abrangência. As atividades de atendimento individual pela enfermeira são basicamente a coleta do exame preventivo de câncer de colo uterino e visitas domiciliares. Os exames preventivos são agendados em número de seis nas sextas-feiras pela manhã.

As palestras são agendadas pelas ACSs e ocorrem nas casas dos moradores, via de regra, proferidas pela enfermeira. Essa forma de organização é considerada pela equipe como um avanço no sentido de ampliar o acesso das pessoas, envolvendo a comunidade.

*As pessoas vinham, aí depois não vinham mais (...) sabe, era muito pouco. Foi o que a gente mudou agora, nós vamos na casa e foi a melhor coisa que a gente fez, mas isso tudo a gente foi vendo. Aquela coisa de tu sentar e avaliar. **ENTEenf.***

*Eu acredito (...) que melhorou essa parte de trabalho em grupo. (...) a idéia que os agentes tiveram aí de trabalhar assim nas microáreas, assim, tá dando muito mais assim certo. Porque, quando eu cheguei aqui (...) a terceira quinta-feira do mês tinha a reunião da comunidade. (...) foi aos poucos, o pessoal foi largando, não veio mais.(...) Aí essa modificação que houve foi bem interessante.O pessoal tá indo mais. A da própria casa da pessoa que se interessa. Vai o pessoal daquela microárea que tem aquela afinidade, que são vizinhos. Então tá indo bastante, dá 15 a 20 pessoas pra uma casa (...), eu acho que melhorou bastante essa parte educativa. **ENTMéd.***

As auxiliares de enfermagem, em semanas alternadas, desenvolvem atividades distintas, conforme a escala organizada pela enfermeira. Em uma semana, uma das

auxiliares permanece na sala de triagem recebendo toda a demanda que procura a unidade espontaneamente ou por agendamento. Essas atividades consistem em distribuição de senhas para as consultas médicas e de dentista, pré-consulta, pós-consulta com dispensação de medicamentos, atividades de orientação de uso e entrega de anticoncepcional e também procedimentos como aplicação de medicação e nebulização. Durante a tarde, pois de manhã não há espaço físico disponível, a auxiliar faz curativos e permanece na sala de triagem para atendimento da demanda espontânea. Enquanto isso, a outra auxiliar está escalada para acompanhar o médico ou as ACSs nas visitas domiciliares, uma semana para cada ACS. Também prepara o material a ser esterilizado na Unidade Central e a coleta do teste do pezinho.

O grupo de hipertensos/diabéticos que se reúne às quintas-feiras também é uma atividade dessa auxiliar. Durante o período de observações foi possível acompanhá-lo duas vezes. Nesses dias as auxiliares efetuaram exame de glicemia capilar e verificação da pressão arterial; não foi proferida nenhuma orientação coletiva. A seguir, um exemplo do atendimento:

Paciente Valentin

Aux.3 -Bom dia

Paciente -Bom dia.

Aux.3 -O sr. veio a semana passada?

Paciente -Não, faz tempo que não venho.

Aux.3 -É, veio em maio (olhando a carteira). Tá em jejum?

Paciente -Sim.

*Aux.3 -119, pressão 180/90. **OBS2***

Mesmo sendo detectados sinais de risco durante o atendimento (hipertensão), a auxiliar de enfermagem não utiliza o seu ‘saber-fazer’ para satisfazer a necessidade do usuário. Podemos, com isso, interrogar a atividade do grupo de diabéticos e hipertensos conduzidos pela auxiliar de enfermagem, pois, como já dissemos, não observamos essa ação sendo realizada pela enfermeira durante nossa permanência na unidade. Assim, a

concentração na tarefa em si, sem buscar a autonomia do paciente e conseqüentemente do trabalhador, possivelmente não gere impacto na determinação da morbidade da população.

Verificar pressão arterial e glicemia caracterizam a organização do trabalho de forma parcelar, com o trabalhador fixado em apenas uma das etapas do trabalho, o que, para Campos (1994), é responsável por produzir trabalhadores alienados e afastados de sua obra¹². Caso o trabalhador não se sinta participante, sujeito ativo do projeto terapêutico da comunidade em questão, ele, além de comprometer sua capacidade criativa, também não se responsabilizará pelo resultado final do projeto, ou seja, a promoção da saúde, a prevenção de agravos ou a reabilitação do paciente.

As atividades nesse grupo já se modificaram com o passar do tempo, segundo a enfermeira:

A primeira idéia era fazer junto o teste, primeiro os diabéticos e depois a hipertensão, só que fica muito extenso, eles ficam muito tempo em jejum, então a gente separou. Então fala assim: primeiro falamos em diabete, agora vamos falar sobre hipertensão pra fechá o ano...Ou só dar umas orientações assim (...). ENTEnf

A enfermeira revela aqui o projeto de atendimento a hipertensos e diabéticos, o qual segue uma programação preestabelecida de palestras (primeiro diabete, depois hipertensão). No entanto, sobre as orientações específicas, podemos afirmar que não estão sendo valorizadas pela enfermeira. Entendemos que seria uma intervenção preventiva importante e que poderia ser feita por ela.

As reuniões de equipe ocorrem quinzenalmente nas sextas-feiras às 16 h. com o objetivo de avaliar e repensar o trabalho. Nesse horário a unidade de saúde é fechada para proporcionar a participação de todos os profissionais.

¹² Por 'obra' o autor entende o resultado do trabalho reconhecido tanto pelo trabalhador quanto pelo usuário.

(...) é boa a reunião da equipe, eu acho que tem que ter, senão tu não consegue trabalhar aqui. Foi também uma das formas que a gente achou de trabalhar em equipe, cada um bota lá: não tô gostando disso, não tô gostando daquilo (...) **ENTE^{enf}**.

Identificamos alguns entraves no acolhimento à demanda e estabelecimento de vínculo com os usuários em função da organização do trabalho da enfermagem. Assim, discutiremos alguns aspectos referente ao papel do enfermeiro no processo de construção de um novo modo de agir em saúde pública, identificando seu espaço e revelando os benefícios que a população pode usufruir desse novo andar. Almeida e Rocha (1997) consideram que, ao analisar a enfermagem enquanto trabalho na realidade concreta, é possível abranger as contradições e dinâmicas da prática, contribuindo assim para inventarmos uma nova realidade.

Estaremos, nesta análise, tomando o profissional enfermeiro como um sujeito determinado historicamente, pois concordamos com Campos (1997b) quando diz que não é possível definir o sujeito somente a partir de si próprio. Segundo esse autor, existe uma relação dialética entre os sujeitos e os sistemas de relações em que se inserem, pois são ao mesmo tempo determinantes e determinados. Sofrem influência das leis de mercado, das políticas governamentais, da formação acadêmica e dos valores culturais, éticos e sociais do mundo em que vivem. Merhy (1997b) afirma que, na saúde, existe sempre um certo autogoverno dos trabalhadores, o que possibilita sua autonomia em relação a influências.

A enfermeira, nesta equipe, desenvolve prioritariamente atividades administrativas e educativas coletivas. Algumas anotações de campo revelam isso:

Procurei acompanhar a enfermeira a manhã toda e pude perceber que ela tem pouco contato com os pacientes, fica na maioria do tempo na sala de baixo com uma atividade que fica difícil de caracterizar. Neste dia, por exemplo, tinham uma reunião à tarde com a secretária municipal de saúde e estavam elaborando a pauta. **OBS9**

Nossa observação é confirmada pela fala de uma das auxiliares de enfermagem:

Pesquisadora –(...) Tu achas que está certo essa relação: profissionais com quantidade de pessoas que tem pra atender?

Aux.3 - Ai, eu acho que é pouco também.

Pesquisadora –Pouca gente?

*Aux.3 - Pouca gente, porque uma auxiliar fica nas visita. A outra fica na triagem no posto e a enfermeira fica lá, na parte burocrática, com as agentes de saúde e o programa. **ENTAux.3***

Os momentos de encontro individual com os pacientes são escassos e foram observados somente durante a coleta de exames citopatológicos. Podemos dizer que a enfermeira executa somente essa ação clínica. Entendemos aqui o conceito de clínica como toda prática de profissionais de saúde que vise à diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária (Campos, 2001).

Esse achado converge para os resultados já descritos por Almeida et al. (1997), que, ao realizarem uma pesquisa com o objetivo de apreender a organização do trabalho da enfermagem em uma unidade da saúde de Ribeirão Preto, confirmaram que a enfermeira realiza mais atividades administrativas do que de assistência de enfermagem. As autoras afirmam que o trabalho da enfermeira sempre foi uma preocupação da enfermagem brasileira; os vários estudos anteriores chegaram à conclusão que o potencial da enfermeira não está sendo plenamente utilizado nos serviços de saúde e que ela vem executando ações do auxiliar de enfermagem.

Identificamos que a enfermeira não tem realizado consultas de enfermagem. Ela diz sentir-se cobrada pela Secretaria Municipal de Saúde por sua opção, mas argumenta que não a realiza, visto a área física não comportar uma sala para essa atividade:

Eu acho assim, melhorou 100%, ainda pode melhorar muito mais, tem muita coisa assim: se nós tivermos uma estrutura física à altura, é isso que nos falta. Eu não tenho como. Aonde que eu vou fazer consulta de enfermagem? Eu não faço, é uma das coisas que eu me recuso a fazer, pode me cobrar

não tem problema nenhum, e eu não tenho medo de dizer: eu não vou fazer! Por que onde eu vou fazer? Me diz? No centro? Lá em cima no salão?
ENTEnf.

Analisando o Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde do 3º trimestre de 2001 (Relatório..., 2001), há um total de 23 consultas do enfermeiro no PSF urbano, enquanto no PSF rural, do mesmo município, que possui 740 famílias cadastradas, as consultas chegam a 247 no mesmo período. As visitas domiciliares realizadas pelo enfermeiro no PSF rural foram 121 e no PSF urbano 82. Levantamos esses dados para entendermos a cobrança a que a enfermeira se refere. Concordamos que a estrutura física não está adequada, no entanto é uma opção da enfermeira, já que outras consultas são realizadas como a do médico. A enfermeira, quando realiza as coletas de exames preventivos, realiza exame de mamas e orientação para o auto-exame de mamas nesse mesmo espaço físico.

No entanto, seu desejo é efetuar as consultas, sentindo-se insatisfeita com o seu trabalho, conforme é descrito a seguir:

Enf. -(...) eu me sinto insatisfeita, eu acho que eu posso fazer muito mais (...)

Pesquisadora -No que tu queria fazer mais?

Enf. -(...) eu queria fazer mais assim em termo de, tipo consulta. Eu queria tá mais junto com o povo, junto os agentes(...) que eu faço tão poucas visitas domiciliar, eu queria fazer mais (...) aí eu vejo depois o outro lado, né? A parte educativa que a gente cresceu tanto. Quem é que vai fazer aqui? Eu acho que eu fico muito dentro da unidade, mas o (médico) também me diz: mas aí se tu não fizesse, quem ia fazer? Nós não íamos fazer essa parte. Mas eu acho que eu podia fazer muito mais.

Pesquisadora -E o que te limita nessa questão?

Enf. -Tempo. ENTEnf.

A enfermeira diz aspirar a aproximar-se mais da população e justifica com a falta de tempo a não realização desse desejo. Comparando com a descrição de sua semana normal de trabalho, essa justificativa não cabe, pois alguns turnos estão sem

uma agenda definida. Assim, vale questionar se realmente ela deseja mudar seu modo de atuação.

Em alguns períodos de tempo, a enfermeira executa algumas atividades sem um objetivo claro, permanece na unidade e não atua diretamente em nenhuma das atividades em curso:

Durante a tarde, a partir das 13:15, acontece pesagem no salão anexo com as ACS, o médico está no consultório, Aux.1 na sala de triagem, a enfermeira dá uma passada na pesagem e desce para a sala de baixo, Aux.3 também fica na sala de baixo. OBS2

A enfermeira vai até o salão e conversa com as mulheres que estão ali sentadas aguardando a consulta médica, brinca com as crianças ali presentes e segura no colo um nenezinho que estava no carrinho e que se espicha todo para que ela o pegue. Ela pergunta às pessoas do salão como estão ou se já melhoraram. OBS6

Esses resultados são semelhantes aos de estudos anteriores, por exemplo, a pesquisa de Almeida et al. (1997), que concluiu que 14,8% do tempo da jornada da enfermeira foram classificados como sem atividade.

O desejo de estar mais próxima da população também não vem sendo atendido, pois constatamos que a população não possui uma participação efetiva no controle de seu trabalho:

Ao chegar na unidade de saúde, a Aux.3 me avisa que a Aux.1 está doente e que a enfermeira não vai trabalhar de manhã, pois foi a Santa Maria. Comento que tínhamos combinado de eu acompanhar as visitas que ela realizaria pela manhã. Pergunto se os pacientes sabiam que a enfermeira faria as visitas hoje. A auxiliar não soube me responder, disse que as visitas são agendadas pelas ACSs. OBS5

Isso nos leva a inferir que o processo de trabalho desse profissional não é acompanhado pelos usuários, que não percebem a eficácia do seu trabalho, pois sua ausência nesse dia não foi reclamada pela população. Havia visitas agendadas, e a enfermeira avisou, somente pela manhã, que não trabalharia nem pela manhã, nem à tarde.

Outro achado importante na organização do trabalho desta equipe é que, apesar da dedicação exclusiva ao PSF, a enfermeira não se constitui enquanto referência para as auxiliares, nos casos que elas não podem decidir sozinhas. É possível observar isso no trabalho vivo, quando o profissional solicitado era o médico e não a enfermeira, mesmo para casos de sua competência.

Teixeira e Mishima (2000) encontraram dados diversos no que se refere à presença da enfermeira na unidade. As autoras compararam três equipes de PSF em municípios diferentes e, em dois deles, as enfermeiras desenvolviam outras atividades dentro da Secretaria de Saúde, o que não permitia a permanência por tempo integral na equipe. Decorrente disso, o acompanhamento das atividades de enfermagem era feito pelo médico, constituindo-se na referência para auxiliares e ACSs para a resolução de problemas, o trabalho da enfermeira restringindo-se à supervisão. Na equipe em que ela permanecia em tempo integral, o seu trabalho era valorizado e se constituía como referência para casos mais complicados.

Quando a enfermeira fala da finalidade do PSF e da enfermeira na Saúde Pública, verifica-se que existe uma eleição das atividades de prevenção e promoção:

Pesquisadora –Enf., para ti qual é a finalidade do trabalho do PSF?
*E- Eu acho, pra mim, é proteger as pessoas, aquela proteção mesmo, promover a saúde deles, porque a gente vê assim o como é difícil quando eles tão doentes; assim conseguir medicação, conseguir encaminhar eles, como essa parte é muito, é tão difícil de conseguir. Enquanto que, proteger e promover é tão fácil e é tão simples, com pouquíssima coisa tu consegue fazer, por exemplo, com caneta, com papel, mostrando pra eles ou com retroprojeter (...) **ENT**Enf.*

A integralidade das ações pretendida no PSF não fica evidente quando a enfermeira se refere ao trabalho que desenvolve. Como a realidade se mostra difícil no sentido de garantir à população seu direito de medicação, exames complementares, encaminhamento, ela opta por ações preventivas, promotoras, como se pudéssemos

eliminar uma e escolher a outra. Sabemos que são ações complementares, nunca excludentes. Cecílio (1997) diz que temos uma certa indefinição do papel da unidade básica e que pensar a função da unidade básica como exclusivo de prevenção e promoção da saúde faz parte de uma visão ‘purista’ da realidade baseada na vigilância da saúde. Defendemos que a unidade básica deve ter suas funções ampliadas para atender integralmente os problemas de saúde de uma população, realizando, além da prevenção e promoção, atendimento clínico ampliado, garantindo os meios necessários à manutenção da vida.

Em outra parte da mesma entrevista, é corrigida a noção de facilidade em trabalhar com prevenção e promoção e reforçada a idéia simplificada de tratamento:

(...) tu promover, tu ir lá e educar e mostrar pra eles qual é o melhor caminho pra eles se cuidarem? É trabalhoso. É aquela coisa, eu tenho que sentar e perder tempo e conversar e mostrar, não adianta só conversar e dizer: isso é melhor, tem que ir lá e ver se tem condições de fazer isso por esse caminho, se não tem, vamos ver um outro junto com eles (...) porque não adianta dizer assim: ó tu tem que comprar esse remédio pra controlar a tua pressão, por exemplo, (...) mas isso ele não tem! Vamos lá ver o que o senhor tem na horta de chá que pode tomar pra pressão, o que a vizinha tem, o diabético eu faço assim também, eles se juntam aqui e ficam trocando chá(...) **ENTE^{nf}.**

Não se pretende aqui formular uma crítica ao uso de fitoterapia e, sim, ao critério utilizado para sua recomendação. O uso de chás, pela fala de enfermeira, é estimulado em função de o paciente não ter condição de adquirir a medicação. A atitude que consideramos de responsabilidade dos trabalhadores de saúde é de defesa dos direitos dos usuários, entre eles a garantia de medicamentos necessários para tratamento e controle das doenças crônicas.

Podemos observar algumas atividades educativas coletivas sob a responsabilidade da enfermeira:

Palestra na casa da D. Bruna sobre DST/Aids/Câncer de Colo. Estavam presentes cinco senhoras, duas crianças, a ACS, a Enf^ª e eu.

*A projeção é feita com um lençol branco da dona da casa, pregado na parede. A enfermeira fala que o retroprojeter foi aquele comprado com a campanha de latinha. Esclarece sobre um projeto de saneamento anaeróbico que a secretaria de obras está realizando com a parceria da UFSM. Solicita a colaboração de todos, pois será necessário algum dinheiro e muita disposição. Não sabe muito bem, mas já foi realizado em outros locais da cidade. Inicia a palestra com lâminas, fala o que está escrito na lâmina, fala mascando chiclete. Diz que a gestante tem todos os exames gratuitos. Reforça a importância do Pré-natal. **OBS2***

Percebe-se a capacidade de adaptações para conseguir levar em frente as atividades educativas coletivas. Não se medem esforços para desenvolver ações de prevenção na comunidade, e a inserção e o respaldo, garantido principalmente pelos ACSs, na área adscrita, é louvável. A campanha a que se refere foi coordenada pela enfermeira. Levada a termo com a arrecadação de latas de alumínio recicláveis e vendidas para angariar fundos e comprar o referido retroprojeter, contou com a inserção e o trabalho dos ACS, que destinaram dias do seu trabalho para a coleta das latinhas.

Contudo, sem retirar o mérito do empenho, fica o questionamento sobre qual o impacto gerado por ações com essas características. Apesar da presença de poucas pessoas, a enfermeira proferiu uma aula programada com lâminas sem ocorrer uma problematização do conteúdo. Na concepção da enfermeira, as ações reduzem custo e agregam benefícios para a população:

*Eu acho que assim, tu educar o povo a se cuidar, tu vai ter uma redução, custo e vai ter um benefício muito grande, isso é o que eu tenho sentido. **ENTEenf.***

A enfermeira também estabelece parcerias, e podemos perceber seu papel articulador dentro da comunidade:

Às 10:00 no salão junto ao posto, estava marcada uma palestra sobre drogas na qual quem palestrou foi um capitão da Brigada Militar. Duas escolas da cidade estavam presentes, com quatro turmas de quinta série, compostas por alunos de, em média, 10 anos. Entre os alunos havia professores, ACS e a Aux.3. A enfermeira apresentou aos presentes o capitão e, em seguida, foram posicionar melhor a TV porque ele levou um vídeo que continha experiências de vida de drogaditos para mostrar às

*crianças. Após ele foi até a frente colocar o vídeo e a enfermeira saiu do salão. O capitão, após o vídeo, conversou sobre cigarro, álcool e drogas ilícitas. No final distribuiu um panfleto aos alunos e agradeceu a oportunidade. A enfermeira levantou-se, agradeceu juntamente e perguntou aos alunos se havia dúvidas ou alguma pergunta sobre o tema. Depois, finalizaram a palestra. **OBS6***

A articulação entre os diferentes setores da comunidade parece ser mais uma das funções dessa profissional. Seja na organização de campanhas na comunidade, seja em qualquer atividade que a equipe se proponha a desenvolver com outras instituições, a enfermeira é quem toma a iniciativa para programar a ação. Na sua fala ela mostra esse papel:

(...) sexta-feira de tarde é light, quando não temos os mutirões, tem o mutirão do lixo que a gente faz, o mutirão de embelezamento, a gente chama o pessoal pra limpar a, tipo o que seria a calçada que eles não têm ou plantar grama ou alguma coisa assim (...)Por que o mutirão na sexta de tarde geralmente depois das 15 horas? Porque, quando a gente vai fazer na sanga ali, a gente se suja muito, é às vezes molha o pé, isso aqui já aconteceu da gente ter que entrar na água pra pegar, mas daí, se molha e daí vai embora.

Pesquisadora -Quantos mutirões vocês já fizeram?

*Enf. -Não faço a mínima idéia, eu tenho marcado agora pra participar dia 21. Ah, porque a gente chama assim a (...) escola Leonor Pires de Macedo que é da nossa área, a gente convida os professores e os alunos pra eles vir junto e eles vêm, então dia 21, é um dos últimos desse ano que a gente vai fazer e vai ser com plantio de árvores. **ENTEnf.***

No entanto, observamos que a demanda de atendimentos clínicos é única para o médico, o que gera o desconforto para o usuário de enfrentar a fila de distribuição de senhas, como podemos ver na orientação da auxiliar:

Dia 09/08/2001. Entra uma senhora com criança no colo, 6 meses, procurando anticoncepcional, Micronor. A aux. 1 pergunta:

Aux.1 -Quando parou de tomar?

Paciente -Ontem.

Aux.1 Deixa eu ver a carterinha dele (criança). Tá só com 6.900g! Tem que trazer pro médico. Você tem que pegar ficha de manhã. Pra agendar, só pra setembro. Todos os meses tem que consultar com o Dr. pra ele orientar.

OBS2

O trabalho dessa equipe, com a característica de demanda de consultas atendidas somente pelo médico, é responsável pela falta de acesso e pela vinculação dos usuários a um único membro. No exemplo acima, a alternativa da mãe com uma criança com baixo peso é ou enfrentar a fila para o médico, ou aguardar até o mês seguinte no caso de agendamento. Mesmo esse caso sendo campo de conhecimento da enfermeira, a auxiliar não possui a opção ‘agendar para a enfermeira’ no cardápio de ofertas.

Campos (1997b), quando discute a organização do processo de trabalho em equipes de saúde, propõe a possibilidade de se trabalhar com a noção de campo e núcleo de conhecimento. No campo teríamos os saberes e responsabilidades comuns a várias profissões e especialidades e, no núcleo, os específicos. É importante que se defina com precisão o papel de cada membro da equipe.

Outros atendimentos prestados na unidade também não são executados pela enfermeira. O teste do pezinho é um exemplo:

Sala de Triagem, Aux.3, 9hs
Entra mãe com nenê no colo, que havia conseguido ficha pela manhã:
Aux.3 –Oi, nenê
Mãe – Eu já registrei ela, trouxe pra mostrar o teste do pezinho.
Aux.3 -O que nasceu de nenê de uns dias pra cá. Eu sei porque sô eu que
faço o teste do pezinho
Pesquisadora -Tu que faz?
Aux.3 -Sim. E esse bebezinho, que gordinho, quantos meses ele tá?
Mãe- Dois.
A auxiliar realiza a aferição da temperatura e a mãe vai para o salão
aguardar a consulta médica.
Pergunto sobre o teste: São agendados até dois por dia, na segunda ou na
terça às 10hs. Fica no papel alumínio e, na quarta, vai para a Secretaria de
Saúde encaminhar. É somente realizada a coleta de material! OBS5

Nesse exemplo aparecem duas situações: a primeira é que a coleta é restrita ao procedimento em si e a segunda é a demanda única para o médico.

Em relação à primeira situação, acreditamos que este momento poderia ser mais bem aproveitado. A enfermeira poderia realizar uma consulta de puericultura,

efetivando um acompanhamento dos recém-nascidos, otimizando a vinda da mãe e do bebê para a unidade. A enfermeira possui o campo de conhecimento da puericultura, que lhe permite uma avaliação antropométrica e uma orientação de alimentação adequada na primeira infância.

Na segunda situação, a auxiliar reforça a organização do processo de trabalho centrada no ato médico, na qual a vinculação dos usuários e seus problemas clínicos estão centralizados nesse profissional.

Outro exemplo é a coleta do preventivo do câncer de colo uterino. Sabe-se que, dependendo do resultado desse exame, a paciente pode necessitar ou não de consulta médica, ficando como função da enfermeira o atendimento dos casos que necessitam somente de orientações. Nessa equipe, no entanto, todos os resultados desses exames devem passar pela consulta médica, o que acaba aumentando a demanda desse profissional:

Após toda a entrevista para a coleta do citopatológico, orientação sobre palpação das mamas, orientação sobre os procedimentos que realizará na seqüência da coleta e a coleta em si, a enfermeira diz:

Enf. -Daqui um mês vem o resultado, daí a senhora vem buscar.

Paciente -Ahã, vem aqui?

Enf. -Vem aqui. Aí tem que levá pro médico interpretar, é bom pegar ficha.

OBS11

Assim, se esses atendimentos fossem realizados pela enfermeira, já seria possível diminuir a fila que, veremos posteriormente, é um fator de desumanização na relação com os usuários.

Essa forma de organização do processo de trabalho ocasiona um acúmulo de demanda clínica para o médico na unidade básica, e sua ausência é percebida pela população, como podemos verificar na seguinte situação:

(...) tinham uma reunião à tarde com a secretária municipal de saúde e estavam elaborando a pauta; durante essa conversa uma das serventes (estão em duas hoje) perguntou:

Servente - Vocês vão fechar o posto?

Enf. - Não.

Servente - Ah, então vai sê um tumulto.

A aux.1 pondera:

*Aux.1 - Não, não vai. Hoje não tem médico de tarde. **OBS9***

A auxiliar de enfermagem refere que há pouca movimentação na unidade, quando o médico está ausente, o que confirma que o principal motivo de procura da população é o atendimento médico, o que caracteriza o modelo médico hegemônico. Em consequência disso, as atividades médicas são acompanhadas pela população.

No entanto, o médico entrevistado sente a necessidade de descentralizar as atividades, desmistificando seu trabalho, como podemos ver na fala a seguir:

*A população, eles é que se direciona pelo médico. Acho que é isso, que eu tô dizendo, tá na hora de desmistificar um pouco o médico. É, porque tem que desmistificar essa história do médico! Porque tudo é centralizado e eu acho que não precisava ser. **ENTMéd.***

Esse profissional refere que a população é que opta por isso. Podemos dizer, após a análise de alguns encaminhamentos realizados na recepção, que a responsabilidade também cabe à organização da distribuição de tarefas entre os membros da equipe.

Convivendo com isso, ainda permanece a separação intocável do espaço do médico:

Dia 18/09/2001. Na porta da sala de triagem aparece a senhora que perdeu o marido e o filho mais velho e que estava muito nervosa numa ocasião anterior. Apesar de essa senhora morar fora da área de abrangência do PSF, a enfermeira a conquistou para que fizesse o curativo da cirurgia do dedo no posto, todos os dias, com a finalidade de dar uma caminhada, encontrar os conhecidos e sair de casa. Essa senhora costumava fazer o curativo sempre à tarde, mas nesse dia foi avisada de que pela manhã seria melhor, pois o médico substituto atenderia à tarde. Depois de ter avisado a senhora por telefone, a equipe soube que o médico iria atender não mais à tarde e sim pela manhã. A senhora não foi reavisada. A aux.1 diz à senhora que não poderia fazer o curativo, e ela diz:

Paciente - Eu não posso voltar de tarde, passo um trabalho pra vim!

Aux.1 –Então a senhora aguarda lá fora um instantinho que depois a gente conversa.

Chega ao posto a Aux.2, as duas conversam e decidem fazer o curativo porque o médico ainda não havia chegado. OBS10

Apesar de o atendimento ter sido realizado, não se justifica a ansiedade gerada na paciente com a hipótese de ter que retornar no outro turno, pelo imperativo de o espaço do médico não ser ocupado, mesmo sem a presença dele ali, pois, no horário de consultas, o consultório só pode ser utilizado por esse profissional. Devemos levar em consideração que o médico não era o da equipe, mas ainda assim existe no cenário a primazia do espaço desse profissional, consequência do modelo centrado no ato médico. Lima (1998), ao estudar o espaço físico da produção de cuidado no modelo clínico, refere que, nos espaços onde se alocam as coisas e as pessoas, também se dão as relações entre os diversos trabalhadores e entre esses e os pacientes. A autora identificou que o espaço que o médico ocupa é privativo e suas atividades não podem ser interrompidas pela enfermagem. Podemos inferir, baseados na observação acima, que a mesma demarcação de espaços físicos que ocorre no modelo clínico, investigado pela autora, também se aplica ao PSF.

Pelo exposto, podemos afirmar que a organização do trabalho dessa equipe de PSF está centralizada no ato médico, especialmente em relação às atividades clínicas. Identificamos que as auxiliares de enfermagem têm seu trabalho focado em apenas uma etapa do processo terapêutico, ou seja, no procedimento, o que caracteriza a organização parcelar do trabalho.

Constatamos que o objeto de trabalho da enfermeira é a necessidade coletiva dos usuários, seja na coordenação das atividades, ou na execução delas. A ausência da enfermeira nas atividades clínicas proporciona o aumento da demanda ao médico nessa

forma de atenção. Essa organização é responsável, em grande parte, pelo não acesso da população, conforme veremos no transcorrer da análise.

A enfermeira, na maioria das vezes, também não está presente nas ações desenvolvidas no interior da unidade de saúde, o que acarreta sua delegação às auxiliares de enfermagem. Com certeza a presença ou acompanhamento da enfermeira nessas atividades qualificaria a ação e promoveria a educação em serviço.

4.2 O espaço das tecnologias leves na produção do cuidado

Tendo como pressuposto que, em toda organização de saúde, o trabalhador pode exercer um certo autogoverno no trabalho vivo em ato, a partir do seu projeto pensado, que compreende tanto o próprio interesse quanto o do usuário, analisamos os dados obtidos. Relataremos como ocorre a relação entre usuários e profissionais no PSF e quais os momentos dessa relação que proporcionam ou não o acolhimento e o vínculo. Também identificaremos a autonomização do indivíduo que resulta do atendimento prestado, como os profissionais de saúde exercem seu autogoverno durante o trabalho vivo e qual o modo de produção que está sendo construído.

A atividade de recepção de um serviço de saúde deve ser entendida como um espaço no qual ocorre o reconhecimento das necessidades do usuário através da investigação, elaboração e negociação e quais serão atendidas. (Teixeira, 2001). O que, nas palavras de Silva Júnior (1998), chamamos acolhimento, é uma ferramenta que estrutura a relação entre a equipe e a população e se define pela capacidade de solidariedade de uma equipe com as demandas do usuário, resultando numa relação humanizada. Constatamos uma circunstância em que a auxiliar de enfermagem não se

solidariza com a demanda do usuário e utiliza o critério ‘não tem febre’ para negar o acesso:

Entra na sala de triagem uma sr^a com dois meninos:

Mãe- Quería conseguir uma consulta pra este menino. (Com a mão no ombro dele) Tá rouco, teve febre, 38° de noite. Passei a noite em claro com ele.

Aux.1 - Não pode vim de manhã?

Mãe- É que eu cuido de duas crianças de manhã e ele tinha aula, não deixei faltá porque já teve duas falta.

Auxiliar- Se ele tiver com febre Dr. atende, se não, não. Como começou um dia antes...

Aux.1 coloca o termômetro e vai para o consultório. Enquanto isso a mãe e o menino ficam conversando comigo:

Menino Eduardo, 9 anos, diz:

- Tinha uma coisa aqui (coloca a mão no peito), eu tossia e não saía.

Mãe- Deus o livre, não consegui dormir de noite. Pensei que tinha que chamar um carro e levá pro hospital.

Auxiliar retorna depois de mais ou menos 10 min. Tira o termômetro e diz;

- Não tem febre, falei pro Dr. e ele disse que não vai atender.

Mãe - Dei o xarope do outro

Aux.1- Não dá remédio!

Mãe- Como que eu faço, vou te que levá ele de noite pro hospital?

Aux.1- Pede pra vizinha trazê este também.

*Mãe sai com as crianças. **OBS2***

Malta et al. (2000) apontam para o acolhimento como a possibilidade de mudança do processo de trabalho a fim de atender todos que procuram o serviço de saúde. Devendo garantir o acesso, ultrapassa, portanto, o atendimento humanizado.

Outro aspecto encontrado, nesse exemplo, é que a auxiliar de enfermagem se reporta ao médico para definir a necessidade de consulta ou não, apesar da presença da enfermeira na unidade, como já se mencionou anteriormente.

As atividades de recepção nessa equipe são feitas, via de regra, pelas auxiliares de enfermagem, que seguem um cardápio preestabelecido de opções de encaminhamento, limitado pela capacidade tecnológica da unidade. Essas trabalhadoras fazem a recepção da unidade e, também, a seleção das pessoas que não conseguiram

senha (fichas). O profissional solicitado com maior frequência para definir o encaminhamento é o médico, conforme aparece no exemplo anterior.

Em outros estudos, constatou-se ser a enfermeira quem realiza essa atividade. Leite; Maia e Sena (1999) registraram, na pesquisa realizada na Rede Básica da Secretaria Municipal de Belo Horizonte, que algumas enfermeiras atuam diretamente no acolhimento, enquanto outras ficam na retaguarda, dando apoio técnico quando solicitadas.

Denti (2001) também se deparou com situação diversa da encontrada por nós, quanto ao trabalhador que faz a recepção, na pesquisa em uma equipe de PSF do RS. Constatou que quem faz a mediação entre a falta de ficha e a demanda extra da unidade é o enfermeiro:

*(...) em média das 8 horas até às 9 e meia por aí, a gente faz a triagem, atende, verifica a pressão, até nesse intervalo também a gente faz as nebulizações. Curativos a gente não faz porque não tem como, a sala é só uma. Faz a triagem, verifica peso, verifica a pressão, verifica a temperatura. Conversa com o paciente pra ver qual o problema dele, porque que ele tá consultando. Na parte da manhã a gente aplica injeção, medica, fala com o médico. Ele orienta. **ENTAux.1***

*Ficha, a gente tem feito, marcado pra todos as segundas, terças e quintas. A gente marca e mais uns 10 que a gente entrega as fichas. Esses são todos os dias da semana de segunda à sexta. São 10 fichas que a gente entrega e é mais a parte da triagem mesmo que a gente faz. Só alguns procedimentos. Entrega também os medicamentos, os preventivos e mais os anticoncepcional. Marca consultas. **ENTAux.1***

O acolhimento deveria ser redefinido, tornando-se sinônimo de acesso, abertura do serviço para a demanda. A responsabilização pelos problemas dos usuários, nessa perspectiva, torna-se uma vocação. Portanto, uma forma de se avaliar o quanto o serviço está acolhendo ou não deve ser a capacidade de dar conta dos vários problemas de saúde combinados com a realidade sócio-econômica e cultural (Campos, 1997a).

Podemos afirmar que o acesso fora do horário determinado para a distribuição de senhas não é garantido. A decisão é tomada pela auxiliar de enfermagem, que se utiliza do critério ‘não tem vaga’. O trabalho da enfermeira nesse espaço não é oferecido, como constatamos na seguinte observação:

*Sala de triagem:
Entram duas meninas, mais ou menos 13, 14 anos. Pedem para consultar com o médico.
Auxiliar- Só se dá consulta de manhã cedo.
Elas vão embora. **OBS2***

Nessa situação não houve a disponibilidade da auxiliar em investigar o porquê da procura para consulta médica por duas adolescentes. A hipótese de a necessidade ser atendida por outro profissional, garantindo-lhe assim o acesso, não foi considerada.

Acreditamos que um dos problemas dos serviços de saúde é combinar o atendimento com o direito de trabalho da população:

*Entra uma sr^a na sala de triagem:
Sr^a - Minha filha veio de manhã. Tá com a garganta inflamada.
Auxiliar -Pedi pra ela vir amanhã.
Sr^a -Mas ela trabalha. Vai sair às 14 h, só pra vir aqui. Será que o Dr. não olha?
Auxiliar - Tem preventivo até às 16:30. Só amanhã. **OBS5***

Para Merhy (1997a), o fato de o serviço não articular resposta para o problema do usuário é uma forma de violência institucionalizada que o trabalhador nem percebe. No entanto, quando o atendimento é realizado pela enfermeira, a auxiliar tenta resolver o problema, dispondo-se a conversar e sugerir que a enfermeira aguarde a chegada da paciente:

*Sala de triagem. A auxiliar está preenchendo os formulários para a coleta de preventivo realizada pela enfermeira:
Entra uma senhora chamada Mariana – 28 anos para fazer o preventivo junto com uma amiga
Paciente –Aux.3, até que horas ela atende?(está perguntando sobre a enfermeira)
Aux.3 -Até às 11.
Paciente –É que ela tem aula e sai ao meio dia.
Aux.3 -Eu falo pra (enfermeira) que ela vem mais tarde.*

A paciente faz o prontuário porque ainda não o tinha. OBS13

Podemos afirmar que a auxiliar considera mais fácil adequar o horário de atendimento da enfermeira do que o horário médico. Uma das razões para isso é que são agendados seis preventivos para a enfermeira, enquanto para o médico a rotina mostra que se trata, no mínimo, de dez atendimentos.

Em várias situações, repete-se a negativa de atendimento quando a demanda é para o médico, muitas vezes sem falar com o profissional. A enfermeira não é chamada para avaliar o caso, a necessidade ou não de consulta é definida pela auxiliar, mesmo com a presença da enfermeira na unidade como se descreve a seguir:

Entra uma senhora na porta e pergunta:

Sr^a -Gurias, sobrou ficha pro Dr.?

Aux.3 -Não.

Sr^a -Meu guri tá em casa com dor de ouvido, se vendo de dor...

Aux.3 -Não, hoje faltou ficha. Eu sei um remédio que eu faço pra mim e funciona.

Silêncio da Sra.

Sr^a -Pode medir minha pressão?

Aux.3 -Hum.Eu esquento um azeite no algodão e coloco dentro do ouvido. É melhor que tomá tanto remédio (olhando pra mim).

Pesquisadora -Tem que ver, se é infecção tem que tratar. E é melhor não colocar nada dentro do ouvido.

Aux.3 -Até mostrar pro médico....

Sr^a -Ele é teimoso, já tinha que tê tratado, já tá surdo.

Pesquisadora -Surdo?

Sr^a -É, ele tá surdo do ouvido.

Aux.3 -A pressão tá 130/80.

Sr^a -O Dr. disse que é pra mim vê seguido pra vê se o remédio tá funcionando.

A sr^a sai sem nem agendar, nem a auxiliar falar com o médico. OBS5

O foco desta pesquisa não é a ação terapêutica em si, mas, sim, a forma como ela ocorre. No entanto, nessa situação constatamos um equívoco na atitude da auxiliar de enfermagem ao indicar uma conduta que ela considerava terapêutica para compensar a falta de consulta médica. A resposta à necessidade da usuária faz-se sem a solicitação de apoio técnico à enfermeira ou ao médico, mesmo com a presença dos últimos na

unidade. Campos (1997a) diz que, em um serviço no qual a acolhida dos problemas de saúde de uma população é uma diretriz, deve haver um equilíbrio entre a autonomia e a responsabilização tecno-profissional-gerencial do trabalhador em saúde.

Nesta situação referencia-se a paciente para um serviço de pronto-atendimento, ao invés de se buscar resolver-lhe o problema de saúde. Dessa forma, este encaminhamento será mais um a contribuir para a superlotação daquele serviço.

Entra na sala de triagem uma senhora, mais ou menos 30 anos, com nenê no colo: Auxiliar -Tu queria falar com ele? (médico)
Paciente -Se ele me dissesse o remédio, eu comprava.
Auxiliar -Não pode.
Paciente -A garganta tá vermelha e parece que tem umas feridas brancas.
Auxiliar -Ele (o médico) tá de noite no plantão!
Paciente -Ah, então eu vou lá. Ontem não dei mamá pro nenê porque tava com febre, 39,5°.
Auxiliar -Ah, é tu que tá doente, pensei que fosse o nenê!
Paciente -Não, sô eu.
Paciente sai. OBS5

O acolhimento na rede básica de saúde tem como objetivo reduzir esse tipo de encaminhamento, resolvendo o que é de sua competência, independente da hora de chegada na unidade. Estamos em um momento em que buscamos a desospitalização, não só do paciente como também de atribuições do hospital, com fins à ampliação do papel da rede básica. Esta atitude contribui para a cristalização do imaginário popular, no qual o pronto-socorro é o local que resolve todos os problemas agudos (Campos, 1997a; Cecílio, 1997).

Convivendo com isso, a equipe também propicia aos seus usuários atividades que podemos considerar de desospitalização e ampliação da função da rede básica. São exemplo disso as cirurgias ambulatoriais realizadas pelo médico e as internações domiciliares para casos de baixa complexidade.

*Médico sai do consultório com uma paciente, em torno de 80 anos, solicita para a enfermeira fazer uma glicemia capilar, pois quer que instale uma solução com 'frutovena'. Quer saber se a paciente não é diabética. Mais tarde um familiar que havia levado a senhora para casa solicita que seja instalada à tarde, depois que ela almoçar. O que a equipe concorda. A solução será instalada a domicílio. **OBS1***

Verificou-se também que o projeto pensado por alguns membros da equipe é de resolver toda a demanda possível, tornando-se a porta de entrada do sistema:

*A finalidade do trabalho que a gente tem eu acho que é mais de amparar. Acredito eu que seja assim, de amparar a comunidade. De dar assistência (...). Como a gente sabe assim, até tá nos objetivos, de forma integral. E que seja, acredito eu mais, que seja uma porta de entrada mesmo, aquilo que (...) tá em todos os objetivos que se fala. Sempre que a gente fez (...) a nossa capacitação. Que seja a porta de entrada para o sistema de saúde (...) público, né? **ENTMéd.***

*Tem tudo, porque eles vêm aqui geralmente. São atendidos. É difícil sair alguém daqui que não seja atendido. No caso, às vezes quando vêm, tá faltando ficha, como a gente sempre pergunta, só não vai atender, só vai embora quem não tem necessidade mesmo, que pode esperar. Assim, eles têm atendimento integral, tudo (...) **ENTAux.2***

Isso nos leva a crer que, se a intenção é garantir acesso, não conseguiram mudar a organização do processo de trabalho de forma a concretizar tal desejo, o que se transforma em motivo de angústia, principalmente para o médico, que declara não saber como resolver o problema da demanda reprimida:

Pesquisadora -Como é que tu justificas essa fila, assim, essa demanda aumentada? A demanda aumentada pra consulta médica, isso?

Méd. -Também, né? Pra consulta médica, mais é consulta médica mesmo.

Pesquisadora -Como é que tu vês isso, como é que tu poderias ver pra resolver isso?

*Méd. -É, chega paciente às 5 horas da manhã pra ser atendido. Isso aí, eu sei que não é só aqui, né? Eu não sei direito como é que nós vamos resolver essa jogada. Não sei mesmo. Gostaria de ter a resposta porque assim é difícil, as pessoas vêm às 5, 6 horas da manhã, cada um com seu problema, né? Todos, cada um tem seu motivo de tá aqui. É difícil dizer, assim, quem tem mais necessidade que outro. Eu acho que todos têm as suas necessidades, né? Como resolver? Eu não sei, tô procurando. **ENTMéd.***

O não-acesso pode ser observado através de ‘ruídos’ como fila para consulta médica, disputa no momento da distribuição das fichas, agenda lotada, demanda única para o médico.

Dia 24/08/2001, estava no corredor perto da porta conversando com a enfermeira e havia uma senhora aguardando apoiada na parede.

Enf. -Que que era pra senhora?

Sr^a -Tem esse remédio? (mostra a receita)

Enf. -Não. Talvez no posto lá embaixo, mas acho que só na farmácia.

Sr^a - Tenho uma bolinha na boca por dentro. Sei que o médico tira, tem como agendar?

Enf. -Só pra outubro.

Sr^a -A gente vinha tirá ficha de madrugada, mas agora ele trabalha.

A enfermeira e a senhora conversam sobre o trabalho do marido e horário.

Pesquisadora -Que horas tem que vir pra conseguir ficha?

Sr^a - Às 3 hs, pra ser a primeira, né?

Enf. -Nossa!!! O pessoal tá vindo cedo assim? Às vezes sobra ficha.

Sr^a -É, mas a gente vem cedo, pega uma cadeira e um cobertor e vem...

*Enf. - Até me assustei que a agenda está só pra outubro. É que o médico vai tirar férias e aumentou a nossa área, aumentou a procura. **OBS3***

Pergunto para a aux. 3 como funcionam essas consultas cuja verificação de temperatura e peso ela está realizando, fazendo a SIA/SUS, pegando o prontuário e deixando no consultório médico.

*Resposta: As fichas são distribuídas de manhã às 8hs na porta do posto, em número de 10, por ordem de chegada, “inclusive às vezes dá briga”. Depois as pessoas passam uma a uma para pré-consulta, se realiza a SIA/SUS, PA e peso em adultos e temperatura e peso em crianças. O agendamento é feito para as segundas, terças e quintas mais seis consultas. Na quarta e na sexta o médico agenda conforme sente necessidade. **OBS5***

Auxiliar 3 na sala de triagem chamou uma das fichas e entra uma mulher de 30 anos que foi marcar consulta para mostrar os exames do pai:

*P- Eu vim pra cá às 5 horas e já tinha 5 na minha frente. **OBS7***

Um aspecto semelhante encontrado na pesquisa de Denti (2001) é a organização do processo de trabalho da equipe de PSF que mantém o sistema de fornecimento de senhas para o acesso à consulta médica. Com isso pode-se afirmar que a estratégia PSF vem garantindo a manutenção do modelo hegemônico médico-centrado e excludente, no qual o atendimento é de quem chegar primeiro. Além disso, a população está sendo desumanamente tratada, tendo que enfrentar fila na madrugada

Este é o ponto mais importante que a utilização do acolhimento, enquanto ferramenta de organização do serviço, propõe reverter.

O acolhimento não se esgota na recepção do usuário, mas permanece nos demais encontros entre profissional e paciente, que ocorrem durante a permanência do usuário no serviço de saúde. Nesse sentido, Teixeira (2001) utiliza-se da expressão *acolhimento-diálogo* para distinguir recepção e demais momentos. São nesses momentos que se define a trajetória necessária que o usuário deverá percorrer no serviço de saúde. O autor utiliza a metáfora da ‘sinapse’ para sugerir que esses encontros sejam constituídos da plasticidade própria do sistema nervoso. Essa plasticidade possibilita uma diversidade de individualizações possíveis, promovendo uma maior variedade de combinações de atenção:

Consulta médica da Dona Holanda:

Méd. -O que houve com a senhora?

Paciente -Pois é, a pressão tá alta.

Méd. -A senhora está tomando a medicação?

Paciente -Sim. Tomo um de manhã de meio-dia e de noite e outro de manhã e de noite.

Méd. -Tem um que faz urinar bastante?

Paciente -É, tem mais esse.

Méd. -Então o que está acontecendo?

Paciente -Ando gripada. Um pouco nervosa.

Méd. -Fez a vacina da gripe?

Paciente -Fiz.

Méd. -Algum problema que eu posso lhe ajudar?

Paciente -Não. São coisas que acontecem. Perdi um da família faz dois anos e agora minha irmã está doente. Mora em Dom Pedrito.

Méd. -A sua família é boa com a senhora?

Paciente -São, sim.

Méd. -A senhora tinha que ir visitar a sua irmã.

Paciente -Pois é, mas é longe, mas em setembro quero ver se vou.

Méd. -A senhora tem que conversar com sua família.

Paciente -A família é boa pra mim.

Méd. -É, mas eles precisam lhe dar mais atenção.

Pedi para a paciente sentar na maca para examiná-la. A Dona Holanda estava com o rosto molhado de lágrimas.

Méd. -Fiz a senhora se emocionar?

Paciente -Tudo bem.

Depois da ausculta:

Méd. -Vou lhe dar um remédio para a senhora tomar à noite. Lorax 2 mg. Vamos ver como a senhora se sente. A senhora agenda um retorno para 15 dias. Tá bom?

Paciente sai. Fico conversando com o médico.

Auxiliar entra na sala e diz que não tem agenda para 15 dias.

*Méd. -Então deixa que eu agendo aqui. Abriu sua agenda e anotou o nome da paciente e disse o dia para a auxiliar. **OBS2***

Neste exemplo aparecem duas situações distintas. A primeira é a disponibilidade do médico para escutar a paciente, indo além do problema orgânico, tentando auxiliá-la na sua angústia, portanto realizando um acolhimento-diálogo. Por outro lado, a agenda do médico não está disponível para a auxiliar de enfermagem, privando essa profissional de exercer o acolhimento enquanto resposta positiva.

Podemos observar momentos de sensibilização da equipe a necessidades de usuários que, inclusive, não pertenciam à área de abrangência:

A enfermeira estava na sala de triagem em pé e chega na porta uma senhora, 70 anos:

Enf. -Pra senhora?

Paciente -Meu dedo (apontou para o primeiro dedo do pé), eu operei já faz tempo (depois soubemos que fazia um mês) e eu hoje bati numa pedra lá de casa e machuquei de novo, não sara (começa a chorar).

A enfermeira convida a senhora para que sente na cadeira para conversar, pois parecia que ela estava muito triste e nervosa.

Enf. -Por que a senhora tá nervosa?

Paciente -Eu tô quase morta de pé, eu tô assim desde que morreu meu marido e meu filho, meu marido já vai fazer um ano e meu filho 5 meses. Quando fez 7 meses que perdi meu marido, eu perdi meu filho mais velho.

A senhora procurou o posto por causa do dedo, mas verificou-se que ela estava muito triste ainda com as duas perdas.

Enf. -A senhora é muito sozinha?

Paciente -Não, mora comigo um filho que trabalha, mas só vem à noite pra casa. Ele é muito bom pra mim, me ajuda nos gastos.

(...)A enfermeira permaneceu em pé em frente à paciente segurando uma das mãos enquanto que a outra mão da senhora secava as lágrimas constantes.

(...)

Enf. -Onde a senhora mora?

A senhora explicou e a enfermeira comentou que lá não ia nenhuma ACS.

Enf. -Vai alguma ACS?

Paciente -Não, não vai nenhuma e eu sinto tanto, é uma pena.

Após essa longa conversa, a senhora, aos poucos, foi se acalmando e parando de chorar. Então a enfermeira olhou para o dedo dela e combinaram:

Enf. -Que que a senhora acha de vim fazer um curativo aqui no posto todos os dias? Aí a senhora sai de casa, vê as amigas, conversa um pouco e se distrai, o que acha?

Paciente -Pode ser.

Enf. -A senhora pode vim?

Paciente -Posso.

Quase já sem chorar, a senhora levantou-se e agradeceu:

Paciente -Muito obrigada, desculpe atrapalhar vocês.

Enf. -Não atrapalha, é nosso trabalho.

*À tarde, a senhora voltou, o curativo foi feito, o médico olhou o ferimento. Ela entrou na sala de triagem por alguns instantes e se despediu chorando (corriam lágrimas), indo embora. **OBS6***

Mesmo a paciente morando fora da área de abrangência, foi realizado um acolhimento-diálogo e proposta a manutenção do vínculo. A enfermeira sensibilizou-se com a necessidade da paciente. O acolhimento, neste exemplo, propicia a criação de vínculo e busca a autonomia do usuário, quando propõe o retorno como forma de diminuição do sofrimento. Essa ação reforça a teoria de Merhy (1997a), que considera o acolhimento enquanto componente do processo de criação de vínculo e do processo terapêutico.

Observamos algumas diferenças no acolhimento realizado pelas auxiliares, o que demonstra o autogoverno do trabalhador em saúde. Matumoto; Mishima e Pinto (2001) dizem que neste momento estão presentes as individualidades do ser humano trabalhador, com seus sentimentos e subjetividades objetivados no trabalho vivo em ato.

A aux. 1 levanta-se e chama o próximo paciente:

Paciente -Como é que tá, tá bem?

Aux.1 -Tô bem, chega de ficá doente. E a Juliana?(a auxiliar esteve afastada por adoecimento)

Paciente -Tá bem.

A auxiliar verifica a pressão arterial:

Aux.1 -Tomou seu remédio hoje?

Paciente -Não.

Aux.1 -A pressão tá um pouco alta.

Paciente -Eu percebi, tô com dor na nuca.

Aux. -Procura fazer um repouso, dar uma descansada. A tarde pode vim verificá de novo. Toma o remédio. Procura não fazer esforço.

*Conversaram e sorriram sobre um familiar da paciente. **OBS4***

A auxiliar, nessa situação, faz um atendimento mais harmonioso para a paciente, dispensando-lhe uma orientação e colocando-se à disposição para outra verificação, exercitando um acolhimento através de uma relação humanizada.

Entretanto, na situação descrita a seguir, a seqüência do atendimento não sofreu alteração, apesar dos sinais de desconforto em um paciente. Como se trata de uma tarde que o médico reservara ao atendimento de consultas de pré-natal, a auxiliar não se sente autônoma para uma alteração. Portanto, o que não se encaixa na rotina deve aguardar:

Chega no posto um senhor trazendo um rapaz que trabalha para ele e que estava passando mal. A Aux. 3 pediu para aguardar e atendeu mais 2 gestantes, depois foi atender o rapaz.

Aux. 3 -Que que houve com o senhor?

Paciente -Ânsia de vômito, febre e esses vergões por todo corpo.

Aux. 3 -Te deu febre, alguma coisa?

Paciente -Frio bastante.

Aux. 3 -Comeu alguma coisa?

Paciente -Ontem à noite comi carreteiro e um ovo, hoje não almocei ainda e não tomei café.

Aux. 3. -Tomou remédio?

Paciente -A mulher do senhor me deu um comprimidinho branco pra vômito.(olhando para o senhor que o acompanhava)

Aux. 3. -Plasil?

Paciente -Acho que é esse. Me dá uma tosse que me dói tudo por dentro. Tomei AAS, tava com frio.

Aux. 3 -Qual tu tomou, de adulto ou criança?

Paciente -Adulto.

*O paciente tinha o corpo coberto por alergias, ele dizia que coçava muito. A Aux.3 deu um comprimido de paracetamol e pediu que ele aguardasse, que depois o médico conversaria com ele. **OBS7***

Novamente a auxiliar não se sensibiliza com o sofrimento do paciente, mantendo a ordem de chegada como critério da consulta médica, quando esse teve a sorte de consegui-la. É importante que se observe que não se trata da mesma auxiliar:

Rapaz com aproximadamente 25 anos, entra na sala de triagem e fala para aux.2:

Paciente -Ainda tem ficha? Eu tenho uma dor na perna...

Aux 2.- O que que tu tem? Mora onde? Onde trabalha?

O paciente responde todas as perguntas em pé.

Paciente -Tava colhendo fumo...

Aux.2 -Aguarda que eu já te dou, tem gente antes na fila.

*Ele sai arrastando a perna. **OBS13***

Em outra situação observamos que foi a paciente que chamou a enfermeira para intervir na ordem de consultas:

*Estávamos na sala de reuniões, na parte inferior da unidade, aguardando para realizar o encontro sobre o projeto. Durante uma conversa com a enfermeira fomos interrompidas por uma mãe que solicitou sua ajuda para poder passar a filha na frente das outras consultas, pois estava com muita febre. A enfermeira acompanhou a mãe e voltou em seguida, tendo resolvido a situação com uma explicação para as outras pessoas que aguardavam a consulta. **OBS1***

O médico em sua fala identifica a falta de receptividade de alguns membros da equipe. Não sabemos a quem se refere, no entanto, esse profissional demonstra preocupar-se com a humanização do atendimento:

*(...) talvez ainda a falta de, digamos assim, receptividade(...) certa falta de receptividade(...) de algumas pessoas daqui do posto mesmo, né? A gente tem uma dificuldade, a gente (...) tem conversado há pelo menos 2 anos, mas não tá conseguindo. A gente fala, melhora um pouco e volta a acontecer. Então são coisas que têm, acontecem, né?(...) a gente não sabe(...) como agir. Eu principalmente não sei como agir, porque(...) isso tem acontecido bastante(...) porque aumentou(...) a nossa procura e pra isso tu vai ter que ter uma certa paciência. E saber como lidar com isso, né? E a gente percebe a falta de estrutura e a falta de saber lidar(...) com calma e tranquilidade. Saber (...) direcionar o fluxo de paciente, então têm acontecido alguns problemas. **ENTMed.***

Não há homogeneidade no atendimento, o que se justifica pelo jogo de subjetividades presentes nesses encontros. Em alguns momentos, a relação torna-se mais humana e o procedimento centra-se na necessidade do usuário, em outros a ação volta-se somente ao procedimento. Situações como essa demonstram que não se somam ganhos na autonomia do usuário em seu modo de andar na vida, o procedimento tem fim em si mesmo, conforme aponta Merhy (1999).

As atividades de verificação de pressão arterial e glicemia capilar realizadas pela auxiliar com o grupo de hipertensos/diabéticos são um exemplo disso:

Observando as atividades realizadas pela Aux.3 no grupo de diabéticos/hipertensos: As pessoas estavam sentadas em um banco apoiadas

na parede, no salão anexo ao posto. A auxiliar usava duas mesas de apoio com o material e estava sentada em uma cadeira atrás de uma das mesas. Cheguei e me sentei em um banquinho perto dela. As pessoas sentavam na cadeira em frente por ordem de chegada que elas mesmas controlavam. Anotei alguns atendimentos:

Paciente Salete:

A aux.3 realiza o HGT e informa o resultado: 312.

Aux.3 -A senhora tá tomando o remédio direitinho?

Paciente -Sim.

A auxiliar verifica a pressão arterial e diz:

Aux.3 -A pressão tá boa.

Faz as anotações no cartão e na ficha SIA/SUS. A paciente levanta e sai.

OBS2

Nesse atendimento a alteração de glicemia verificada não foi comentada com a paciente e não houve nenhuma ação terapêutica da auxiliar de enfermagem, concentrando-se somente no procedimento em si, não buscando a autonomia do usuário. Merhy (1997a) afirma que o usuário busca ser cada vez mais conhecedor dos obstáculos que lhe causam sofrimento para poder resolvê-los.

No atendimento descrito a seguir, apesar da solicitação de informação do paciente, que demonstra sua necessidade de se tornar mais conhecedor da própria doença, a auxiliar não elege isso como necessidade de saúde, novamente repetindo a tarefa com fim em si mesma:

Paciente Evaldo:

Aux.3 -Como vai o senhor?

Paciente -Mais ou menos

Aux.3 -O que que houve?

Paciente -Não. Tá tudo bem.

Aux.3 -Tá frio o seu dedo. Parabéns, deu 89.

Paciente -Eu tive infecção na bexiga. E quando baixa demais não é perigoso?

*Aux.3 -Mas não tá muito baixa, assim tá bom. **OBS2***

Merhy (1997b) chama atenção para a composição do processo de trabalho em que o trabalho morto, representado por essas tecnologias, pode capturar o trabalho vivo em ato do trabalhador, retirando-lhe toda a possibilidade de autonomia. Portanto, nem

usuário e nem trabalhador são autônomos, o que nos reporta ao processo de objetivação que será discutido na próxima seção.

Paciente Sheila:

Paciente -Bom dia

Aux.3 -Bom dia, faz tempo que a senhora não vinha!

Paciente -Faz tempo mesmo.

Aux.3 -A senhora tá em jejum?

Paciente - Ahã.

*Aux.3 -Deu um pouco alta, 166. Se a senhora puder fazer de 15 em 15 dias. Faz desde junho. Só controlar a dieta e vir fazer o testezinho. **OBS2***

A infantilização da ação parece ser uma forma de se minimizar o sofrimento do paciente, mas nós a consideramos uma atitude que não busca resgatar a responsabilidade do paciente sobre a sua vida, pois simboliza a diminuição da importância do teste, não promovendo sua autonomia.

Paciente Renata acompanhada do neto.

Aux.3 -Como vai a senhora? E esse menino?

Paciente -É irmão do que morreu.

Aux.3 -Essa senhora é vó do menino do acidente (olhando para mim)

Paciente -A gente tá muito nervoso. Ele tem que fazer também porque o pai dele tem diabete.

*Aux.3 -Deu 198.(o resultado é da paciente Renata) **OBS2***

Ocorrerá um acidente de trânsito na área de abrangência do PSF. O menino, neto desta senhora, com 11 anos de idade, atropelado na rua onde morava, foi a óbito. Nesse momento a avó, que faz parte do grupo, procurou o serviço para o controle de sua glicemia e pressão arterial e trouxe consigo o neto mais moço. A postura da auxiliar novamente não se afasta do procedimento em si, apesar de a paciente referir que estavam todos passando por uma situação de sofrimento e, portanto, necessitando de outra atenção.

Franco; Bueno e Merhy (1999) afirmam que a responsabilização clínica e sanitária e a ação resolutiva, com o objetivo de defender a vida das pessoas, só são possíveis quando se acolhe e vincula. A realidade encontrada nesta pesquisa é

contraditória. Observamos situações de pleno abandono do usuário a sua própria sorte e também situações e desejos da equipe de total responsabilização:

Clóvis 09/08/2001

A aux.3 verifica a glicemia capilar e a pressão arterial:

Aux.3 -A pressão e a diabete está alta. Seria bom conversar com o médico.

OBS2

24/08/2001 Entra na sala de triagem Sr. Clóvis para verificar a PA.

A auxiliar verifica e informa o resultado (220/140mmHg).

Aux.1 -O senhor tomou o remédio hoje?

Paciente -hum,hum

Aux.1 -Todos?

Paciente -Sim

Aux.1 -Tá alta de novo...

Auxiliar sai, fala com o médico e fornece um comprimido de furosemida para o paciente.

Paciente -No começo eu tomava e urinava bastante e agora não faz mais nada.

*Aux.1 -É melhor vir consultar com o médico. **OBS3***

Em duas oportunidades o mesmo paciente procura o serviço para controle da glicemia e da pressão arterial, e o encaminhamento final é o mesmo: procurar o médico. Ora, sabendo que, para conseguir consulta, o paciente tem que enfrentar a fila e que os serviços de saúde devem ter como princípio a equidade¹³ a auxiliar não poderia se somar ao paciente nessa busca? Merhy (1997a) diz que o usuário sempre procura, na relação com o trabalhador, um acolhimento que seja capaz de interferir no seu problema. Precisamos nos responsabilizar por toda assistência que prestamos e nos somarmos ao usuário pela melhoria da qualidade de sua vida.

Considera-se isso mais um exemplo do afastamento do trabalhador de sua obra. Assim tanto o usuário quanto o profissional terminam insatisfeitos, o primeiro por não ter sua necessidade atendida e o segundo por não se sentir autor desse processo. Estimular a autonomia criadora e a responsabilidade, simultaneamente, nos

¹³ A Norma Operacional Básica – NOB – do SUS 01/96 define equidade como a discriminação positiva, que busca a justiça no exercício de redistribuição. (Brasil, 2001b)

trabalhadores é uma das formas de conseguir essa reaproximação. O processo de trabalho centrado no vínculo profissional/paciente garantiria o equilíbrio entre autonomia e responsabilização (Campos, 1997b).

O médico fala da necessidade de responsabilização de toda a equipe pela resolução dos problemas:

Como eu disse: às vezes eu não posso resolver o problema aqui, mas eu tenho que me envolver de uma maneira que vai chegar em algum lugar, né? Que ele vá receber um atendimento lá no Universitário, que eu tenha que ligar pra lá, que eu tenho que falar com a secretaria, que eu tenha que conversar com a assistente social, eu tenha que agir! Que EU tenha, não, que NÓS tenhamos que fazer isso. Que nós todos temos que fazer isso, então, isso eu acho mais é a porta de entrada pro sistema de saúde, é, é essa a função do programa. Tudo que a gente puder resolver e tratar a gente vai resolver e tratar, como a gente faz, né? E tem, tem conseguido controlar, mas tem caso que a gente não consegue e a gente tem que dar o melhor encaminhamento possível pra que seja resolvido. ENT Méd.

Portanto, a responsabilização faz parte do desejo dos trabalhadores, mas essa ação ainda não se efetivou por completo na prática. Além disso, o serviço vincula os problemas a um único profissional e não à equipe como um todo. Campos (1997a) comenta que a vinculação do paciente ou da família deve ser com a equipe como um todo, com tarefas bem definidas para cada profissional em situações de rotinas ou imprevistas.

Em alguns momentos é ressaltada a importância de se conhecerem as pessoas, já que o PSF trabalha com território definido:

O médico(...) da saúde pública tem que ter(...) uma área restrita, pra poder conhecer a sua população,(...) seus pacientes, pra poder resolver os problemas deles. Se não, não resolve! É bobagem! Dizer que resolve, não resolve não. É muita gente e não tem como ter um conhecimento tão a fundo. ENT Méd.

Podemos afirmar que a noção de vínculo que o PSF implanta é essa citada pelo médico, a de conhecer as pessoas e seus problemas. O programa não se refere ao vínculo com a possibilidade de autonomização do usuário, nem com a participação

desse na organização do serviço. A fala a seguir reforça os benefícios de se conhecerem as pessoas e seus problemas:

(...) é que a gente conhece todo o pessoal com quem a gente trabalha, isso é um ponto muito positivo. Se a gente sabe o problema de cada família, sabe o problema de cada pessoa. Bah, esses dias tava pensando mesmo como seria bom ter muito mais PSF. Porque a gente conhece dentro, de casa, dentro dos problemas deles. ENTAux.1

As observações foram reveladoras no sentido de definir que as pessoas se sentem vinculadas ao médico, pois durante o período de coleta de dados esse profissional esteve dez dias em férias e foi possível identificar a reação da população a seu afastamento:

Dia 18/09/2001. O médico está em férias até dia 26/09 e outro médico o substitui. Neste caso são distribuídas 16 fichas, pois não é oferecido o agendamento. São 8:20 e ainda tem quatro fichas para serem distribuídas. Aux.1 disse que, ontem, quando souberam que não era o médico do PSF ou quando souberam que era o outro médico, pessoas saíram da fila e foram embora. OBS8

A auxiliar não tem certeza se a pouca procura é em função de as pessoas se sentirem vinculadas ao médico titular, ou se é porque não se sentem vinculadas ao médico substituto. No entanto, alguns usuários, sabendo que o médico entraria em férias, preveniram-se antes, ou aguardaram seu retorno:

*Durante uma visita domiciliar realizada pela enfermeira e uma ACS:
Enf. -Não precisa de receita, nada? O (médico substituto) dá.
Filha -Não, eu tirei antes do (médico do PSF) entrá em férias. OBS8*

*Dia 18/09/2001 Sra. Nelise entra na sala de triagem:
Paciente -Queria marcar consulta.
Aux.2 -Só tem a partir de 18 de outubro.
Paciente -Ahã. E o nenê, é mansinho.
Falam sobre outros assuntos: fazer sapatos, outros filhos, casa.
Paciente -Agora não tem dotor, né?
Aux.2 -Tem, é outro, o(do PSF) está em férias.
Paciente -Ele me avisou, ia descansa
Aux.2 -Até quinta que vem.
Falam do filho da auxiliar. Paciente pega a marcação e sai. OBS8*

Mesmo devendo aguardar um mês para a consulta, a paciente não demonstra preocupação, pelo contrário, já soubera através do médico que ele não estaria. Podemos afirmar que houve a preocupação desse profissional em avisar o seu afastamento, o que sugere a valorização do vínculo com a comunidade.

*Carla– 24 anos, consulta de pré-natal.
Esta paciente tem um bebê de sete meses e engravidou novamente.
O médico pergunta o último dia da menstruação e verifica o provável tempo de gestação.
Médico -Quanto tu acha que tu tá?
Paciente -Pra mim fecha três mês semana que vem.
Médico -Quatro meses, quatro meses e meio. Cinco meses fecha no mês que vem. Por que tu não veio consultar antes?
Paciente -Não era contigo, e a outra gravidez eu já tinha feito contigo, e eu queria fazer de novo contigo. **OBS12***

Apesar de o tempo de férias do médico não ter sido tão longo assim, a paciente diz não ter consultado antes porque não seria com o mesmo médico que a atendera na gestação anterior (ela não sabia estar com a gestação tão avançada). O que demonstra o quanto o usuário quer ser conhecido pelo profissional e a segurança que isso gera.

Podemos verificar que o médico se preocupa com a construção e manutenção do vínculo:

*Consultas com o médico:
Sr. Humberto, 60 anos.
Paciente -Doutor, o resultado do eletro. Eu olhei esse papel e não entendi nada.
Médico -A consulta com o cardiologista não marcou?
Paciente -Já, para o dia 10 de outubro.
Médico:Tudo que deu aqui é repercussão do seu enfarto.
Paciente -Agora tem alguma diferença meia ruim?
Médico -Tudo que tem é repercussão do seu enfarto.
Paciente -Eu tô fazendo tudo certo. Os outros remédios tô fazendo direitinho como manda.
Médico -Eu gostaria que depois que o senhor consultasse com o cardiologista, me reiterasse do que ele falou para eu acompanhar.
Paciente -Tá bem bom?
Médico -Tá bem bom.
Paciente -Isso vai sarar um dia, quando parar de bater.
Médico -Não, mas o que é isso? É preciso conviver com as dificuldades. O senhor não precisa tá vindo de madrugada tirar ficha, sua vinda é só para fazer o controle, marca com as gurias.**OBS12***

Além de o referido profissional preocupar-se com a humanização do atendimento, também procura manter o elo com o paciente, mesmo ele sendo atendido por um especialista. Essa postura demonstra que é possível estabelecer um sistema de referência e contra-referência, contrariando o que ocorre com mais frequência nos serviços de saúde, nos quais paciente encaminhado é caso resolvido, livrando-se do paciente muitas vezes sem se tomar conhecimento se o mesmo teve acesso em outro nível de atenção (Campos, 1994; Cecílio, 1997).

Assim, podemos perceber a vinculação da população com o profissional médico e que há uma força centrípeta na qual ele é o centro. No entanto, nossa defesa é de que o vínculo deva ser extensivo a toda a equipe de saúde, pois somente dessa maneira é possível atender de fato as demandas e necessidades¹⁴ dos sujeitos reais do trabalho em saúde. Para que isso ocorra é necessário que a enfermeira repense seu trabalho e o torne mais voltado para a clínica, valorizando o acolhimento e o vínculo com o usuário do serviço e se transforme em um profissional com maior resolutividade.

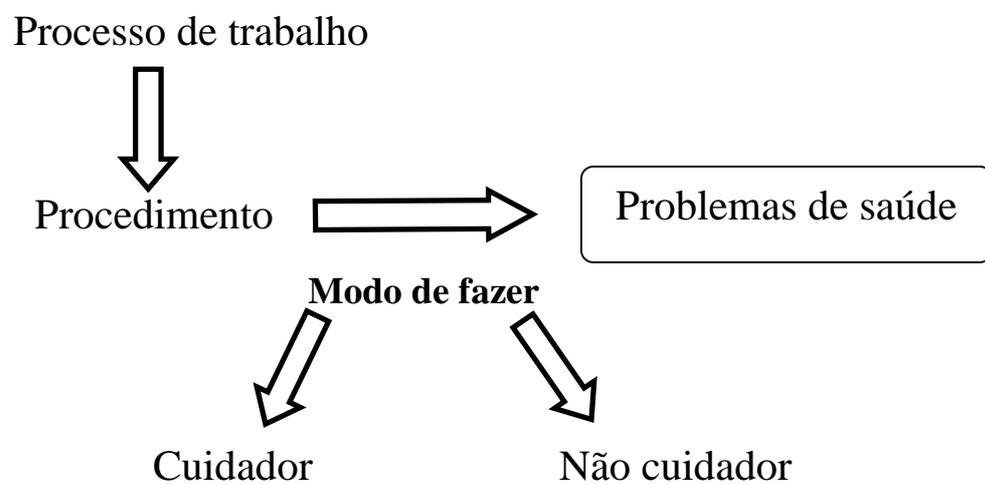
Foram discutidos neste capítulo o processo de trabalho da equipe e o espaço das tecnologias leves na produção do cuidado, acolhimento e vínculo e todos os elementos que os compõem. Com isso foi possível apreender como o conteúdo do trabalho da equipe, no presente, expressa esses elementos.

Analisar os procedimentos realizados pela equipe coloca-nos na possibilidade de compreender a intenção do trabalho. Assim, a intenção do trabalhador é que define o quanto esse procedimento será acolhedor e produtor de vínculo. Merhy (1999) fala sobre a relação tensa que existe no agir em saúde. Segundo esse autor, para produzir a

¹⁴ Iunes (1995) diferencia demanda de necessidade, referindo que a primeira diz respeito ao desejo de as pessoas consumirem uma ação em saúde, enquanto que a necessidade é sempre determinada externamente, ou seja, por um profissional de saúde.

finalidade do trabalho em saúde, seja ela promoção, proteção e cura, o trabalhador deve produzir primeiro um procedimento. Dependendo, porém, do modo de fazê-lo, pode ou não ser promotor, protetor ou curador. Essa idéia pode ser visualizada, esquematicamente, através do diagrama que elaboramos:

Trabalho em Saúde



O trabalho em saúde, através do acolher, de ações de responsabilização, de estímulo à autonomia do usuário, é responsável pela produção do cuidado ao sujeito individual e coletivo, agindo assim sobre os problemas de saúde de uma população, o que deve influir nas necessidades de saúde do usuário, garantindo-lhe o direito de usufruir do trabalho em saúde.

Discutindo a micropolítica do trabalho, podemos considerar que é necessário que o projeto de acolhimento e produção de vínculo seja um desejo, um projeto pensado da equipe como um todo, a fim de que se concretize no trabalho vivo em ato.

4.3 As concepções dos trabalhadores acerca dos usuários

Analisar as representações que o trabalhador tem do usuário do serviço permite-nos conhecer como os profissionais se relacionam com seu objeto de trabalho. Esse conhecimento possibilita intervir na relação entre trabalhadores e usuários para tentar transformar os serviços em espaços de construção de sujeitos autônomos e criativos.

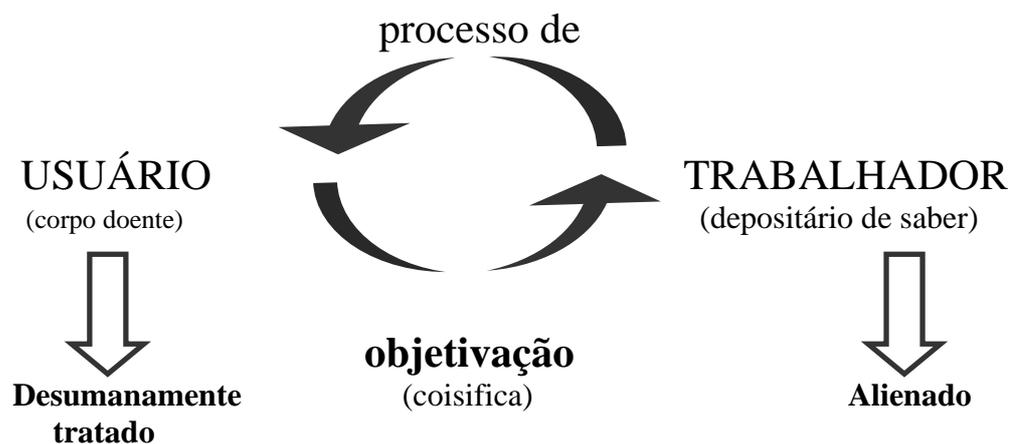
As concepções dos trabalhadores também denotam o projeto pensado para a produção do cuidado, ou seja, o modo de fazer saúde idealizado por uma equipe. Foi possível identificar como o usuário se reduz a objeto¹⁵, sua participação no planejamento das atividades e a construção de cidadania. O trabalhador define o usuário como portador de necessidades e nele identifica principalmente as emocionais como o pano de fundo de todos os problemas de saúde que a população apresenta. Identifica-se que existe um conceito predeterminado do usuário, no qual a somatização é a forma predominante do processo saúde-doença:

(...) ele é um usuário assim, que tem várias necessidades, assim, eu vejo ele como um(...) usuário que a necessidade maior dele é de(...) ter alguém que possa(...) dar atenção pra ele. É o que eu vejo aqui. Claro, mas todos têm os seus problemas de saúde. Tudo bem. Mas a gente nota assim ó, grande parte é isso, porque tem problema em casa (...) por ter problema de dinheiro, porque briga com o marido, porque apanha do marido, porque bebe, então assim ó, (...) a atenção principal nossa, do nosso usuário é que nós temos que dar, e às vezes a gente não sabe como fazer isso. A parte, a sustentabilidade emocional desse usuário, né? (...) o principal é isso que eu vejo no nosso, no usuário daqui do programa. Ele tem necessidade de uma maior atenção, porque eles têm problema em casa(...),no trabalho, tão desempregados e aí(...) aparecem as doenças. ENT Méd.

Segundo Merhy (1997), decorre do modelo liberal-privatista a concepção do usuário como um objeto, um corpo individual ou coletivo que porta problemas de saúde, no qual são identificadas as necessidades a partir dos saberes estruturados de alguns

¹⁵ A palavra objeto aparece aqui com dois sentidos: o primeiro enquanto elemento do processo de trabalho e o segundo enquanto não-sujeito.

profissionais, médicos principalmente. O processo de objetivação do usuário, no entanto, não fica restrito somente a esse último. O trabalhador de saúde também sofre essa objetivação, tornando-se um corpo que tem conhecimentos e que comanda o processo a partir do que considera necessidade. Esse processo coisifica a relação trabalhador/usuário, reduz a complexidade desse contexto em algo previsível, tornando trabalhadores e usuários não-sujeitos, o que determina que sejam cumpridores de tarefas. Essas idéias podem ser visualizadas, esquematicamente, através do diagrama que elaboramos:



Concordamos com Campos (1994), segundo o qual, quando se criam conceitos fixos, perde-se a oportunidade de singularizar cada caso e de compreendê-lo. A fala da auxiliar 2 exemplifica um conceito generalizado para explicar a existência de usuários que retornam ao serviço repetidamente:

*Aux.2 -Claro que a gente já conhece. Tem aqueles que tu já sabe que vêm, como eu digo, vêm pra bater o ponto. Tinha que tê um relojinho, um ponto aqui! Então, às vezes, quem a gente já conhece, aquele pessoal que tu sabe quem eles são, eles vêm aqui só pra conversa. Então, passam mal, mas não é uma doença mesmo, sabe que não tão sentindo aquela dor, eles vêm mais só pra tê aquela atenção, conversar. Mas eu acho que assim ó, se não é isso, não tenho serviço, né?(risos) **ENTAux.2***

Nesse exemplo a auxiliar caracteriza os usuários que ‘batem ponto’ no serviço, como dependentes emocionais, sem questionar o porquê dessa atitude. É possível que suas necessidades de saúde não estejam sendo ouvidas e, portanto não atendidas, por isso o retorno insistente. Além disso, aparece uma avaliação de que o sofrimento do usuário não é real, faz parte de sua fantasia, uma invenção para conseguir ser ouvido. Ora, mesmo na hipótese de ser uma invenção, ainda assim seria um sofrimento passível de sensibilização da equipe. Pitta (1996), quando fala dos interesses em jogo na relação entre doente e cuidador, desafia-nos a buscar o ser humano existente no objeto de nosso cuidado, ao mesmo tempo genérico e singular. Genérico enquanto representação intelectual e singular enquanto portador de necessidades, que se expõe a riscos, que sofre e produz sofrimento do seu jeito único. Nas falas das auxiliares são identificadas as singularidades:

(...) mas a gente acaba conhecendo (...) o que que eles gostam, como é que eles querem que sejam tratados, cada pessoa tem aquele seu jeito diferente, né? ENTAux.1

Aux.2 – (...) Só tem, tem uns assim que são, não têm muita paciência. Às vezes assim ó, eles te enxergam, tu chega aqui no posto e tá cheio de gente, e a gente diz espera, aguarda um pouquinho, a gente já vai conversar, mas sempre tem aqueles que não tem muita paciência, né? ENTAux2

Pesquisadora -Os que não têm muita paciência, como é que tu vês isso? Em função de quê que eles não têm paciência? Por que não têm paciência?

Aux.2 – Eu acho assim, que são pessoas que têm problemas, né? Tem um senhor que agora mesmo até eu tava comentando com a Maristel: lá vem o bebucha! Ele bebe e ele vem quase todo dia aqui. Sempre bêbado! Aí, ele quer ver a pressão. Aí eu digo: o senhor espera um pouquinho que eu tô atendendo. Aí ele fica brabo porque ele não quer esperar. Porque se a gente morrer não adianta chorar, ele diz assim. Mais aí eu não tenho outro meio, né? Porque ele vem assim bêbado pra cá, esses dias mesmo eu disse: o senhor tem que diminuir a pressão, tem que parar de beber! Eu não bebo!(O paciente diz). Aí, ele não esperou, ele pegou e foi embora, mas eu não esquento muito a cabeça, porque a gente sabe, né? ENTAux.2

A aproximação permitida pelo PSF faz com as pessoas sejam reconhecidas e identificadas pelos seus problemas de saúde, o que podemos afirmar ser condizente com

o princípio da equidade. O que preocupa, no entanto, é que os problemas devem ser enfrentados e não ignorados como refere a auxiliar. Mesmo que a equipe não se sinta capaz de resolver alguns problemas de saúde, o alcoolismo, por exemplo, o reconhecimento e a compreensão são fundamentais para podermos identificar o ser humano que se encontra atrás de um diagnóstico, ou mesmo de um incômodo. Pitta (1996) afirma que, com base numa idéia de bondade infinita do ser humano, a atitude que expressa o contrário disso, ou seja, atitudes inconvenientes, sentimentos de revolta, não são respeitadas ou escutadas, nem reconhecidas como humanas, apenas suportadas e ignoradas. É o que aparece também na descrição das auxiliares:

Mas assim, o pessoal é, a gente sempre tem aqueles que a gente se dá melhor, que tem gente que às vezes são mal educados com a gente, né? Eles não têm assim ó, paciência de esperar tu terminar de explicar e já sai reclamando(...) **ENTAux.2**

(...) quando não tem medicamento, eles vêm aqui e desabafam com a gente. Às vezes a gente não tem nada a ver. Com a falta, ou porque não tem e eles vêm e xingam a gente aqui. Eles xingam bastante, mas a gente entende, né? Às vezes a gente sabe pelo problema deles que eles não têm como comprar mesmo, aí a gente fica quieta ou tenta explicar pra eles o porquê não tem, por que que tá faltando e às vezes eles entendem. Muitos saem sabendo, até pedem desculpas, tudo, mas tem uns que não entendem, não adianta, é que eles tão brabos. Então, quando tá brabo, não dá, aí os dias que eles tão um pouco mais calmos, eles vêm e pedem desculpas e dizem: não, eu entendi, só que eu tava tão brabo que eu não pude me acalmar. É legal. **ENTAux.1**

A auxiliar diz entender a revolta do usuário, no entanto se coloca numa posição de expectadora de seu problema, quando afirma não ter nada a ver com a falta de medicamento. Enquanto expectadora, não divide a responsabilidade e não reconhece os direitos dos cidadãos, tornando-os objetos. Pitta (1996) diz que o doente que incomoda passa a ser objeto incômodo, mas ainda assim um objeto. E mais, é tão mais objeto quanto mais baixa for sua classe social. Isso pode observar-se em relação à forma de

tratamento que a enfermeira emprega ao falar das pessoas que não têm condições de colaborar:

*A gente avalia muito assim, ó, quem pode ajudar um pouco, colaborar um pouquinho com a gente, mas daí a gente entra também às vezes em contradição. Porque aqueles que não podem tão sentados em casa e não fazem nada e são jovens às vezes. Uma família jovem e tal. A gente incentiva a procurar um trabalho, fazer alguma coisa e tal. Porque agora tem, tem as cooperativas que tá se criando aqui em Restinga, né? Onde dão um salário mínimo e uma cesta básica, não é muito, mas ajuda. Pra conseguir, pra ter um retorno, eu acho que a gente trabalha muita coisa de, de responsabilidade. Vai se dar, mas ele também tem que dar uma contrapartida: colabora, alguma coisa assim. **ENTEnf.***

Nessa fala, as pessoas que não têm como ‘colaborar’ são consideradas desocupadas por livre escolha. A resposta e a solução do problema já está pronta, nada compatível com a complexidade da realidade social e econômica em que vivemos, na qual o desemprego é um problema real. Mas o mais intrigante aqui é o fato de essa concepção ser considerada uma atitude de estímulo à responsabilidade. A contradição aparece quando a enfermeira acredita estar centralizando nos usuários a atenção do trabalho da equipe:

*Enf. -É, se não fosse o usuário o nosso trabalho não existia, né?(sorri) Eu acho que eles são a parte principal, a peça principal do nosso trabalho. Falando assim do PSF, se não fosse eles, não teria por que ter PSF. Eu acho que assim, o nosso trabalho, eu sempre digo pras gurias assim, nós temos que trabalhar pra eles e com eles e fazer o melhor, a gente tá aqui pra isso. **ENTEnf.***

A enfermeira enfatiza a necessidade de a atenção estar centrada no usuário, reconhecendo que ele é o objeto de trabalho da equipe. No entanto, em outra intervenção, faz uma análise simplificada da realidade, considerando a restrição do número de consultas médicas como uma conquista sobre a população. O que sugere que a palavra ‘peça’ utilizada anteriormente possa ser traduzida como objeto manipulável:

Eu, pra mim não piorou nada, melhorou, porque a gente conseguiu conquistar eles, conseguimos fazer assim com que eles entendessem que não

dá pra atender 30, mas que a gente podia atender 20 ou 16 que nem nós tamo fazendo hoje, agendar, e tudo eles concordando, mas fazer um bom atendimento, se perder aquele tempo de conversar com as pessoas.
ENTEnf.

Podemos afirmar que a população não teve outra alternativa ao concordar com essa redução, pois não foram criados outros mecanismos para absorver a demanda existente. Portanto, o que prevaleceu foi a necessidade dos trabalhadores sob a ótica da qualidade do atendimento, confirmando o que afirma Dussault (1992) que, mesmo com o aumento dos níveis educacionais e com a vulgarização dos conhecimentos médicos das últimas décadas, o usuário ainda se encontra potencialmente em posição desfavorável em relação ao profissional. O que se defende aqui é que o usuário seja tomado como o principal interessado e exerça seu direito de acessar serviços que correspondam a suas necessidades.

A integralidade do atendimento fica prejudicada quando predominam os vieses da concepção que o trabalhador tem do usuário, quando não se considera o usuário enquanto sujeito, portador de direitos e de opções de vida. Mendes (1996), ao definir os pilares da vigilância da saúde, afirma que existe uma interface entre território e problema quando o primeiro é definido como lugar da vida, onde existem diferentes grupos sociais, com diferentes demandas, necessidades e representações de interesses. Assim, o problema é reconhecido dependendo de quem o reconhece e de que posição ocupa, num território que é processo, ou seja, local onde existem 'vida pulsante', conflito de interesse e desejos:

(...) tem muita gente que necessita né? A gente vê que, assim ó, os medicamento falta bastante, tem muita falta de medicamento, mas porque eles, eles querem tudo, tem muita gente que a gente sabe que não querem comprar, usam em outras coisas, cigarro, usam em bebida alcoólica e não compram medicamento que necessitam! **ENTAux.1**

Nessa fala aparece a visão de paisagem, ou seja, a auxiliar identifica o uso de cigarro e bebida alcoólica como um quadro estático, não problematizando a situação de vida dos envolvidos. Assim, quando um usuário com hábitos insalubres utilizar o serviço, a visão que predominará será essa, tornando-se uma barreira na relação profissional/paciente.

A integralidade da assistência também fica prejudicada quando o usuário é tido somente como um corpo que porta necessidades biológicas, como descrevemos a seguir:

*Uma das ACS que estava na sala de triagem comentou com a enfermeira de um homem que possui um câncer de boca. Ela comentou que o aconselhou a ir ao posto, mas ele ainda não procurou. A ACS disse que o olho já estava afetado. A enfermeira olhou-me e apenas balançou a cabeça de um lado para outro indicando que não tinha jeito e nada mais acrescentou. **OBS6***

Podemos supor que a trabalhadora neste caso se apoiou na hipótese de que ‘não há mais nada a se fazer’, contudo as necessidades dos usuários não se resumem a doença em si. Além disso, é de responsabilidade do serviço de saúde a busca ativa dos problemas de saúde, sendo que, no PSF, isso é um objetivo claro. Um motivo para o referido paciente não aceitar a recomendação da ACS e procurar auxílio pode ser o receio de não será recebido. Como afirma Merhy (1997b), parte da população não procura o serviço de saúde, pois sabe de antemão que isso vai ocorrer:

*Na sala de triagem a ACS falou de uma mãe que novamente não trouxe o bebê para fazer o teste do pezinho:
ACS -Eu desisto, marquei duas vezes, fiz o que nem é meu trabalho, é a mãe que tem que marcar, mas eu moro pertinho e marquei, eu desisto, ontem fui lá (na casa da mãe) e expliquei de novo.
A enfermeira estava arrumando os exames do teste do pezinho e um acadêmico do sétimo semestre da UFSM, que está fazendo um estágio voluntário lá, perguntou: e se a mãe não viesse fazer o teste, o que faziam? Ela respondeu que a mãe também tem responsabilidade, depende dela também querer que o filho faça. **OBS7***

Concordamos com a enfermeira que a mãe tem responsabilidades com os filhos. No entanto, pergunta-se: a mãe está esclarecida o suficiente para escolher entre fazer e

não fazer o teste? Até que ponto a mãe conhece os benefícios desse exame para ficar em suas mãos a decisão de uma criança não realizá-lo?

O que se espera de um trabalhador de saúde, quando toma conhecimento de um problema de saúde, é que procure acolher de forma a responsabilizar-se pelas necessidades de saúde do paciente. Concordamos com Dussault (1992) quando fala da situação desfavorável em que o doente se encontra em relação aos rumos de sua doença, não tendo condições, por falta de informação, de definir suas necessidades e como satisfazê-las.

Nesta pesquisa trabalhamos o vínculo como algo que, além de proporcionar maior eficácia nos serviços de saúde, ou seja, aumentar a produção de cura, promoção e prevenção, também promove a autonomia do indivíduo. No entanto, isto só ocorre se o paciente é concebido na condição de sujeito do processo. Não há possibilidade de haver vínculo a não ser entre dois sujeitos: trabalhador e paciente (Campos, 1997a).

Na próxima fala, a auxiliar refere-se ao usuário como o responsável pelas falhas do programa. Os problemas ocorrem, na visão da auxiliar, porque as pessoas não utilizam as orientações fornecidas insistentemente pelos trabalhadores. Parece-nos uma forma simplificada de justificativa que não considera o contexto histórico, social, econômico e cultural de um povo:

Pesquisadora -Quando que tu achas que acontece falhas, Aux.1?
Aux.1 –(...) às vezes por eles mesmo, às vezes a gente orienta tanto e eles acabam deixando as orientações da gente de lado e a gente vai e insiste de novo. Não por nós, a gente tenta ao máximo, mas por eles, às vezes o pessoal é teimoso (sorri). ENT Aux.1

Será possível estabelecer vínculo enquanto o trabalhador necessitar da obediência do usuário? Não conhecemos em que situação a auxiliar se refere à teimosia do usuário, mas se tivermos a concepção de usuário enquanto sujeito, esse pode ser autônomo e julgar as orientações que há de respeitar. Campos (1997a) afirma que, para

vivermos a vida, devemos optar entre riscos e, para sermos autônomos, temos que possuir essa capacidade.

Entretanto, a enfermeira considera também como trabalho da equipe a orientação dos direitos dos usuários, promovendo assim sua cidadania:

(...)Aí assim eu sempre procuro orientar eles, pro pessoal fora de área pra eles ir ver com a Prefeitura, com o Conselho, a possibilidade de ter naquela área o PSF, mostro pra eles pra onde que eles têm que se encaminhar ou com quem falar, pra conseguir o mesmo atendimento.

Pesquisadora -Tu mostra os direitos deles?

Enf. -Claro, e às vezes assim, eles não gostam muito que a gente diz, né, mas é o nosso trabalho.

Pesquisadora - A secretaria?

Enf. -É, mais até, a secretaria nem tanto, mais o prefeito e coisa assim porque eles vão e cobra: porque que eles têm e eu não tenho? Isso é uma coisa que a gente falava muito na reunião, que eles têm que começá aprender quais os seus direitos.(...) Aí eles querem saber: mas como que o senhor sabia que tinha que vir aqui? E eles dizem (risos). Tem essa vantagem, não adianta. Mas é pra isso, né? Faz parte do nosso trabalho.

ENTenf.

Se compararmos as falas da enfermeira (a acima citada e a da p. 81/82), não há coerência entre elas. Quando a clientela é de fora da área de atuação do PSF, ela tem direitos e deve conhecê-los para buscar atingi-los. No entanto, quando o sujeito é individualizado, saindo da generalização, aparecem as subjetividades, e os direitos são relativizados. Campos (1997b) diz que a saúde pública tem uma maior facilidade de esterilizar a relação entre profissional/paciente, quando considera o objeto de trabalho como uma população ou uma clientela.

A participação da comunidade é referida pela enfermeira, quando descreve o início dos trabalhos da equipe:

A melhor coisa que a gente fez foi as reuniões da comunidade. Chamar o pessoal aqui, perguntar pra eles o que eles tinham entendido do programa, o que eles esperavam da gente e qual era o nosso objetivo e o nosso trabalho. O que nós tínhamos que desenvolver com eles, foi o melhor(...)

ENTenf.

No entanto, pode-se perceber que, quando as atividades são desenvolvidas pelas agentes comunitárias ou pela enfermeira, de fato existe participação da comunidade no planejamento das atividades:

*(...) tem aquela coisa de chegar, tem a liberdade de dizer pra eles: a gente não vai fazer mais isso por isso e isso. Vocês concordam ou não? Se eles não concordam, a gente tem que continuar fazendo. Que nem as palestras, por exemplo, eles não querem que a gente pare agora nessa época de férias. Aí, até a gente tava comentando, conversando agora esse mês que vem, pra ver com eles como que a gente vai fazer. Porque as gurias (ACSs) vão entrar em férias também, daí (...) não tem como fazer. Aí tem algumas (líderes comunitárias) que são mais unidas: não, mas eu faço na minha casa, eu chamo o pessoal.(...) Não, se tu conseguir, a gente vai é só avisar a data e o local. É uma troca. **ENTEnf.***

Outro achado importante é que a comunidade também condiciona as atividades da equipe, podendo inclusive mudar seu curso. Isso foi observado em atividades como a caminhada, uma ação educativa que faz parte do projeto terapêutico do grupo de hipertensos e diabéticos, na qual a equipe participa juntamente com os usuários:

*(...) que nem a caminhada agora, um exemplo bem, todo mundo participa. Mudou o horário de verão e ninguém mais tava indo, aí nós fizemos uma reunião: que que tá acontecendo? Aí as agentes apavoradas, né? (...) ninguém tá indo na caminhada, o que que nós vamos fazer? Vamos encerrar a caminhada? Como? Mudou o horário de verão, vocês não lembram o ano passado? Daí a gente revisa: o ano passado quando era horário de verão, ninguém ia, é muito cedo, muito quente, eles não vão. Ah, é! Então mudamos. Aí a gente não tem mais caminhada até(...) mudar o horário. **ENTEnf.***

Podemos afirmar que as atividades em grupo são as ações nas quais a comunidade é realmente ouvida e tida como sujeito capaz de mudar. Nessas atividades a presença da população é imprescindível para seu sucesso. Os trabalhos envolvidos aí, via de regra, são os da enfermeira e das ACSs.

Existem, portanto, concepções diversas entre os membros da equipe sobre o usuário que utiliza o serviço, passando de sujeito a objeto, de objeto a sujeito, dependendo da situação em que são envolvidos.

Dalmolin (1998) encontrou resultado diverso ao investigar o objeto de trabalho dos enfermeiros na coordenação de serviços de saúde mental no RS. Em seu estudo, afirma que o sujeito, suas relações, seu contexto e sua singularidade eram os eixos centrais do objeto de trabalho da enfermagem coerentemente com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Assim, constatamos que no PSF a preocupação com o sujeito não se constitui enquanto diretriz do processo de trabalho, diversamente do movimento antimanicomial.

Nas falas dos trabalhadores foi possível identificar o projeto pensado através das concepções quanto a seu objeto de trabalho. Percebemos uma predominância da visão do usuário do serviço como não-sujeito, o estímulo à cidadania não aparecendo de forma congruente. O usuário é capaz de participar no planejamento de algumas ações, no entanto, suas necessidades ainda não são ouvidas integralmente. Consideramos que uma forma de participação dos usuários no planejamento da equipe se dá pela sensibilidade dessa em ouvir os ruídos sinalizadores do modo de produção que em construção.

5 O MODO DE PRODUÇÃO NO PSF E A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS

Estamos há 14 anos da legalização da saúde como direito de todos no Brasil. Foi na Constituição Federal de 1988 que se conquistaram os preceitos legais de um sistema único com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. No entanto, ainda hoje temos dificuldade de implementar essas diretrizes, com prejuízos para a população usuária.

Falando em uma proposta de estratégia de mudança do modelo de atenção que tem como objetivo a implantação do SUS, o PSF tem recebido várias críticas, principalmente no que tange a sua incapacidade de enfrentamento do modelo neo-liberal (Franco e Merhy,1999; Campos,1997a; Salum,2001; Soares,2000).

Campos (1994) considera quase impossível implantar um modelo de saúde sem o acordo e o empenho da maioria dos trabalhadores e gerentes em consolidá-la. Baseados nisso, buscamos analisar a posição que os trabalhadores assumem na discussão sobre a efetivação dos princípios do SUS.

Foi possível identificar alguns aspectos da implantação do SUS durante a observação realizada na unidade de saúde e nas entrevistas. Analisamos a relação que o programa tem com o sistema municipal de saúde, pois nesse caso o PSF não atinge 100% do município, o que gera uma divisão do município em área de PSF e não PSF.

Discutir a relação do PSF com a Secretaria Municipal de Saúde justifica-se pelo fato de ser considerado pelo Ministério de Saúde não um programa vertical e paralelo, mas que deve estar integrado e promovendo a organização das ações, substituindo o modelo tradicional da rede por um que garanta a responsabilidade e integralidade da atenção sobre a população adscrita (Brasil, 2000a).

Percebe-se nas falas de alguns trabalhadores que existe um certo distanciamento entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Unidade do PSF, principalmente na questão da comunicação:

*Enf. (...) eu acho que a gente tinha que ter mais isso, estar mais próximo de nós, isso a gente sente assim bastante longe. A gente não tem assim, as informações chegam na secretaria e não é passado pra gente, ou quando tu vai correr atrás, tu não consegue a informação que tu precisa. Eu acho que isso aí é muito falha ainda a parte de (...) comunicação entre secretaria e unidade. **ENTEenf.***

*(...) chega uns preventivos o pessoal cobra aqui, né? Não veio meu preventivo? Veio, ele tá lá em baixo na unidade central, a gente não pôde ir buscar, mas aí eles não pode ir lá buscar porque lá elas não entregam, porque não foi feito lá e é melhor, a gente diz pra procurar na unidade e tal. Essas coisas assim atrapalha o serviço da gente. **ENTEenf.***

Pesquisadora -Tu achas que o PSF faz parte da Secretaria Municipal de Saúde? Ele é tratado como parte da Secretaria Municipal de Saúde? Como é que é?

*Aux2 -Pra sê bem sincera? Eu acho que não!(...) a gente aqui, nós somos os excluídos. (risos)(...) Porque acontece muita coisa que às vezes a gente nem fica sabendo, às vezes vem coisas da 4ª (Coordenadoria Regional) pra lá, às vezes curso, capacitação, e nós só ficamos sabendo depois até que já passou.(...) Tanto que, de vez em quando, até a (servente) tá aqui e diz: somos os excluídos da vila (risos), mas eu acho que isso vai começar a mudar agora. **ENTAux2***

Nessa fala é percebida a falta de integração entre o sistema de saúde do município e o PSF, esse não fazendo parte do planejamento da Secretaria, que o trata como um programa paralelo. No entanto, não se pode generalizar essa opinião, o médico especialmente discorda dela, considerando que o que ocorre no PSF é resultado do planejamento da Secretaria Municipal como um todo:

(...) não acho que nós estejamos fora do (sistema), eu acho que há uma desorganização da própria Secretaria Municipal de Saúde. Eles têm mudado muito o secretário e(...) eles não tão conseguido, dentro (...) da própria secretaria eles não conseguiram botar uma rotina e trabalhar com todos os programas. Não é nosso: o PACS e até pro posto central(...). A verdade é o seguinte: há uma desorganização. ENTMed.

No entanto, esta dificuldade sentida pela equipe também se reflete na atenção prestada à população, que percebe a falta de estrutura de um modo muito mais intenso, já que é na individualidade do sujeito real que recaem os maiores prejuízos dessa situação:

No dia 28/09/2001, acompanhei a enfermeira em dois preventivos na sala abaixo do consultório médico. Só não pude assistir mais preventivos porque a enfermeira não tinha espelhos suficientes para as 6 pacientes agendadas. Ela me informou que o carro encarregado de buscar os espelhos para esterilização não foi na sexta, dia 21/09/01 após o uso, 7 dias antes dos próximos exames, ele foi apenas na terça, dia 25/09/01, 3 dias antes dos exames e não trouxeram no dia 28 pela manhã, o que obrigou a enfermeira a mandar as pacientes voltarem na sexta- feira seguinte. OBS12

Nessa situação, aparece a falta de estrutura e a desorganização da Secretaria Municipal de Saúde como é mencionada pelo médico anteriormente. Já que a unidade do PSF não possui espelhos descartáveis, torna-se dependente do retorno do material que precisa ser esterilizado na Unidade Central, prejudicando o andamento do atendimento, o que atinge sobretudo a população.

Observamos que já é rotina para os trabalhadores tentar compensar com seus próprios recursos a falta de suporte da Secretaria Municipal:

O médico chega e pergunta se os medicamentos encomendados já chegaram e a enfermeira diz que ainda não, afirma que alguns já acabaram. O médico diz para ligarem e confirmar se já estavam organizados e afirma que busca novamente porque estão precisando. OBS6

Após a cirurgia ambulatorial e antes das visitas, o médico foi até a Secretaria de Saúde para levar mais um pedido do posto e buscar os medicamentos que estavam faltando. Voltou ao posto não trazendo nada. OBS6

Nesse dia observado, a falta de medicação estava impossibilitando a continuidade do atendimento, e o médico com seu próprio carro, dentro do seu horário de atendimento, foi até a Secretaria Municipal tentar resolver a situação. Constatamos também que a equipe sente-se insatisfeita com essas condições de trabalho:

*Chegou no posto uma mãe com uma menina de 10 anos que aparentemente não devia estar bem, observando o rosto dela parecia ter febre. A menina foi mandada embora da aula e a mãe em casa deu remédio, mas a febre não baixou. Por não possuir remédio para a febre no posto, a enfermeira ensinou a mãe a fazer compressa e permanecer no salão para ver se a febre cedia. Uma hora e meia após, a menina ainda estava ruim e a febre aumentou cerca de meio grau. O médico a atendeu e resolveu receitar um antitérmico injetável.(...). Na presença da mãe, da menina, auxiliar e médico, a enfermeira falou em fechar o posto por estar em falta medicamentos indispensáveis. **OBS6***

Essa atitude traduz o sentimento de indignação sentido pela equipe, quando se depara com o sofrimento do usuário e não consegue agir. É possível que este seja um dos motivos que levam alguns trabalhadores desta equipe a não acreditarem no Sistema Único de Saúde, como podemos constatar na fala da enfermeira:

*(...) mas é um coisa bem difícil: de trabalhar e acreditar, né?
Pesquisadora -Tu não acreditas?
Enf. -Eu trabalho, mas às vezes (...) eu me desanimo um pouco quando tu vê: o custo que é, o que o SUS repassa, o que que o município entra, daí dá uma tristeza porque o SUS é tão bonitinho no papel, funciona assim maravilhosamente, mas no dia a dia ele exige da gente aquele jogo de cintura pra mostrar pra eles que não funciona tão bonitinho como tá no papel. E aí que a gente desanima um pouco. Tu fica meio pra baixo, não sabe (...) se tu tá acreditando naquilo que tá dizendo pras pessoas, se é realmente aquilo ou não, eu acho que qualquer ser humano, eu acho que não tem só o enfermeiro, tem aquele outro lado também. **ENTEnf.***

Assim, não é o fato de faltar estrutura unicamente que caracteriza o PSF enquanto programa paralelo, mas ainda de seus trabalhadores não conseguirem fazer a ligação entre o SUS e as ações do PSF. A enfermeira demonstra isso em sua fala, quando afirma que não acredita em suas próprias palavras ao falar do SUS, não considerando o PSF como proposta de efetivação dele.

O município é integrante do SUS como dita a Lei 8080/90 em seu Art. 4º “- O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, (...), constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil, 2001b, p.16). Portanto, é de responsabilidade municipal a programação de serviços básicos, conforme sua forma de habilitação, incluindo seu financiamento. Assim, a enfermeira está equivocada ao pensar o SUS como algo externo ao município.

Outra característica que torna o PSF diferente do sistema de saúde é a forma de contratação de seus profissionais, gerando uma idéia de diferenciação entre as atividades. A enfermeira revela isso em sua fala:

(...) nós tivemos uma reunião, quando que foi? Segunda-feira de tarde. Com os secretários e tal, o prefeito não tava, a gente chamou os secretários, por causa da redução salarial que a gente teve. Que é ilegal, (...) nós daqui e do PSF rural. Nós do PSF tamo ganhando menos que o pessoal da unidade central.

Pesquisadora -Por que vocês estão como contratados?

Enf. - Não, é porque eles deram um aumento pro pessoal lá e nós não ganhamos esse aumento. Nós tivemos uma redução de 20% e eles tiveram um aumento de 20%, então o MEU salário tá menos que o da enfermeira lá embaixo! Eu disse pra eles, eu quero saí do PSF. Me dá uma unidade central, que daí eu vou ficar sentada, vou fazer consulta de enfermagem, vou ter a minha sala, vou ter como trabalhar, e não vou saí pra rua, não preciso me preocupar com preparar palestra, não preciso fazer nada disso. Não preciso fazer aquela coisa de como vamos trabalhar com a comunidade, que é um desgaste muito grande, não preciso fazer nada disso. Eu quero ir pra unidade central! Então parece que a promessa é que nós vamos ganhar (...)
ENTEenf.

Além de considerar o trabalho da enfermeira da unidade básica diferente de unidade básica com PSF, o que consideramos uma distorção introduzida pelo PSF, a forma de contratação por terceirização é responsável pela redução do papel do Estado. A opção por concurso público não é defendida pelo PSF, pois prega salários diferenciados para os trabalhadores (Righi, 2002).

O que foi constatado repetidamente é a não garantia do princípio da gratuidade, principalmente relacionado à acessibilidade a exames laboratoriais e medicamentos. A opção dos usuários é ou pagar ou não fazer:

*Pergunto para a Aux.1 como funciona a autorização dos exames:
 Aux.1 -São R\$300,00 por mês para laboratório e R\$200,00 pra RX. A gente autoriza a metade dos exames. Procura autorizar os mais caros, tem um caderno que é anotado o nome do paciente e o valor que foi autorizado . A gente controla pra não passar muito, um pouco sempre passa.
 Pesquisadora -Vocês autorizam no primeiro dia?
 Aux.1 -É, no dia primeiro sai toda a cota. **OBS3***

Esta é a realidade com que convivem trabalhadores e usuários desta equipe, a cota de exames não é suficiente, tanto que, todo mês, se repete a mesma rotina, como relatou a Aux.1. Os usuários, ao se defrontarem com esta realidade, ou se revoltam, como discutimos no item da concepção do usuário, ou se resignam na sua condição de impotentes frente a isso. Bosi e Affonso (1998) encontraram resultado semelhante em uma pesquisa com os usuários de uma unidade de saúde do município do Rio de Janeiro, o que ocorre no cotidiano vai além da ausência de direitos, é a falta de direitos para uma boa parcela da população. Mesmo assim a população sente-se grata quando consegue uma parcela do que precisa:

*Sala de triagem, Aux.1 atendendo:
 Entra um senhor para verificar a pressão arterial e buscar a medicação para hipertensão
 Aux.1 -Como é que o senhor tá?
 Paciente -Gripado. Não adianta vim todos os dias, é pior, eu acho.
 Aux.1 -140/70, tá ótima. Tá tomando remédio?
 Paciente -Sempre. Quando não tem, eu compro.
 O paciente deu a receita à auxiliar 1 e pediu se tinha todos.
 Paciente -Se tiver todos é melhor.
 Aux.1 -Só tenho um.
 Paciente -Bom, já tendo um é melhor, menos um pra comprá. **OBS4***

Parece já estar instituída a falta de medicação básica nesta unidade de saúde. O paciente nesta situação sente-se agradecido e beneficiado quando consegue alguma

coisa. No caso dos exames, a situação se complica, pois todos os pedidos têm uma autorização parcial, de metade da solicitação:

Paciente -Quero vê a pressão e autorizá o exame que quero pelo SUS. Esperei o mês inteiro.

Aux.3 -Só segunda-feira.

Paciente -Mas eu quero autorizá pra fazê segunda.

Aux.3 - Não. Só posso liberá segunda.

Paciente -Ah, eu pensei que podia autorizá antes. É autorizado 50%? Todos os exames 50%?

*Aux.3 -Ahã, 50%.. **OBS5***

Os trabalhadores convivem com essa situação bem de perto, no caso desta unidade de PSF que não possui pessoal administrativo para realizar essa tarefa. O que é relevante neste achado é que o projeto pensado dos trabalhadores não revela, via de regra, o desejo de mudar esta realidade:

Aux.3 -Eu até acho. Sabe qual a minha opinião? Eu acho que as pessoas, pra darem valor pra tudo isso aí, eu, eu não sei, eu acho que teria que ser cobrado assim nem que fosse cinqüenta centavos de tudo, sabe, desde consulta, medicação, tudo, porque daí eles iam dá valor, porque a gente vê assim ó, muitas pessoas levam um monte de remédio, vão consultar por bobagem e acabam, tiram, tiram de outra pessoa, né? Não sei se tá certo, essa é minha opinião.

Pesquisadora -Mas é a tua opinião que eu quero saber.

*Aux.3 -Não sei se é mesmo. Mas eu acho que vale. Uma vez eu falei, uma vez eu falei pro (médico), né? Que eu acho que teria que ser cobrado, várias pessoas têm essa opinião, que eu acho que teria que ser cobrado uma taxinha, sabe? Até numa consulta que fosse, as pessoas iriam dar mais valor. **ENTAux.3***

Acreditamos que a opinião dos trabalhadores é formada a partir de vivência diária com os problemas de saúde, mas é preocupante ouvir uma opinião como essa, sabendo que a conquista do Sistema Único de Saúde, público e gratuito, foi conseguida graças ao esforço de vários setores da sociedade, entre eles os próprios trabalhadores.

Observamos que já é natural a falta de acesso a exames, e a tabela de preços do setor privado faz parte do serviço público:

Dia 24/08/2001 Durante uma consulta médica:

Vamos fazer uns exames de sangue e de fezes.

Mãe- Só segunda?

Médico -Não, ainda hoje dá.

Mãe -Precisa tá em jejum?

Médico -O hemograma não.

Médico -Vamos tratar a bronquite. Vamos ver se ele tem problema de anemia e o problema intestinal.

Médico -A gente não pode te ajudar, tudo é início do mês.

Mãe -Quanto será que é mais ou menos?

Médico -A Aux.I tem uma tabela e pode te dar uma orientação sobre isso.

OBS4

A falta de acesso observada dessa forma nos remete às várias discussões a que temos assistido e que são generalizadas como demanda reprimida. Defendemos que, enquanto quem está de frente para os problemas, os trabalhadores, não sentirem isso como direito da população e trouxerem à tona junto às instancias do poder, será difícil incluir alguma estratégia que reverta esse quadro. No entanto a instância que se tenta convencer é outra, como constatamos a seguir:

(...) os exames é uma coisa(...) bem típica assim: a gente tem um valor x pra autorizar exames, mas tem gente que já conhece, que sabe essa vontade de conhecer a comunidade, que tem que pagar um pouquinho, mas eles não querem. Mas eles também têm o direito pelo SUS. (sorri) Só que assim ó, pelo SUS é tão pouco pro município e daí a gente mostra, é isso a vantagem(...) de se trabalhar assim e mostrar pra eles porque às vezes não adianta, tem que pagar um pouco, porque o pouco que vem pro município, pro SUS não dá pra todo mundo. Então a Prefeitura dá um pouco, também a contrapartida, e eles colaboram com um pouco e a gente consegue fazer bastante coisa. Às vezes um pouquinho difícil mostrar pra eles, né? O que o SUS paga não cobre, a gente sabe disso, todo mundo sabe, aí o município entra, o município ajuda, eles ajudam (a população) e tu consegue alcançar um pouco do objetivo. Mas claro que é, se fosse tudo, a gratuidade, todo mundo ia querer, eu também ia querer, também tenho direito, sou cidadã (...) **ENTEnf.**

Ao considerar o município como colaborador do SUS e não como parte efetiva do sistema, a trabalhadora inverte seu papel ao tentar convencer a população que deve colaborar porque o SUS não cobre os custos. O verdadeiro papel do trabalhador nesse sentido seria a construção da cidadania estimulando as pessoas a participarem do Conselho Municipal de Saúde e lutarem por seus direitos com o acompanhamento da equipe.

Campos (1997b) diz que o movimento de Reforma Sanitária deve retomar o processo de constituição de atores sociais capazes de correlacionar as forças instituídas e viabilizar as transformações concretas do Sistema Único de Saúde. Existe um espaço aberto de possibilidade nessa construção: que os atores sociais sintam-se no direito de desejar a mudança e que consigam visualizar a concretude da proposta.

Para que isso ocorra é preciso que os trabalhadores de saúde desejem o SUS enquanto projeto de defesa da vida da população e não tomem os serviços de saúde como fonte de sofrimento. Quando os sujeitos trabalhadores se sentirem atores na busca desse projeto, é possível que avancemos em direção à implementação de um Sistema legal e, acima de tudo, cidadão.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo consistiu na análise da micropolítica do trabalho em saúde, a partir do acolhimento e produção de vínculo aos usuários de uma equipe de PSF, pesquisado no trabalho vivo em ato e no desejo dos trabalhadores. Foi identificado no processo de trabalho da equipe o espaço das tecnologias leves relacionando-as com a organização do serviço de saúde e a produção de cuidado, a concepção dos trabalhadores acerca dos usuários e o modo de produção que está sendo construído.

Neste capítulo, além de uma compilação dos principais achados da pesquisa, procedemos ao levantamento de pontos de intervenção que consideramos essenciais para o avanço das conquistas na saúde pública, respeitando o limite que a pesquisa impõe e pontuando necessidades vivenciadas durante sua realização.

Este estudo possui algumas limitações. Citamos o aspecto que se refere à abrangência da gestão em saúde, pois observamos várias condutas tomadas em decorrência de uma decisão da Secretaria Municipal de Saúde, principalmente no sentido de limitar acesso a exames, medicamentos, na falta de estrutura física e suplemento de materiais. Com isso sentimos a necessidade de conhecer, e isso não foi possível neste estudo, o acolhimento e a vinculação dos usuários a equipes definidas enquanto proposta de gestão municipal.

Outro limite detectado foi a não inclusão do agente comunitário de saúde na coleta de dados. Em vários momentos, durante a análise do material empírico, foi registrada a presença desse trabalhador na dinâmica da equipe, influenciando na tomada de decisão do trabalho a ser desenvolvido. Portanto, sugerimos que em estudos futuros os agentes comunitários de saúde sejam incluídos entre os sujeitos da pesquisa, o que poderia enriquecer os resultados.

Iniciamos tentando responder a pergunta: acolhimento e vínculo no PSF: realidade ou desejo? A primeira constatação é que não se pode considerar as alternativas como excludentes. Ora podemos considerar ambas, tanto realidade quanto desejo, ora nenhuma das alternativas, o que nos leva a afirmar que existe uma inconstância da realidade analisando-se o espaço interseção entre trabalhador/usuário. A intencionalidade do projeto dos trabalhadores, seja no projeto pensado ou no trabalho vivo em ato, apresenta-se frágil e individual, não uma proposta enquanto equipe, isso convivendo com o jogo de subjetividades próprio do ser humano.

A relação entre a organização do processo de trabalho da equipe e a falta de acesso da população, no que tange ao atendimento clínico, foi um achado importante. A realidade da população adscrita é o atendimento centrado no médico e a manutenção das filas em horários desumanos para a garantia de acesso. Isso possibilita afirmar que não basta aumentar o número de equipes de saúde, sem abrir espaços para novas formas de organização no processo de trabalho.

Constatou-se a ausência da enfermeira nas atividades, o que contribui para a demanda única ao médico. É importante fazer um parêntese na questão do trabalho médico, pois vários autores encontram nas ações desse profissional a maior dificuldade dos serviços de saúde, mesmo em estudos no PSF (Denti, 2001). Acreditamos, porém,

que essa dificuldade não está presente nesta equipe e que maior destaque cabe ao papel da enfermeira.

O projeto de trabalho da enfermeira, nesta equipe, prioriza o trabalho educativo coletivo e administrativo, apesar de desejar aproximar-se mais da população e realizar ações clínicas. Decorrente disso, as auxiliares de enfermagem, que têm como sua responsabilidade a recepção dos usuários na unidade, dirigem-se ao profissional médico para as questões de maior complexidade.

Pensamos que a presença da enfermeira na recepção, ou na retaguarda para as auxiliares de enfermagem, qualificaria o atendimento ao usuário do serviço. Esse profissional sabe como acolher os usuários, sendo capaz de sensibilizar-se com a demanda e dar a ela uma resposta positiva.

Identificou-se uma relação entre a produção de vínculo e o atendimento clínico com continuidade. A observação do trabalho vivo em ato do médico permite concluir que a clínica aumenta a possibilidade de vínculo, assim como a responsabilização com as necessidades do paciente. Em vista disso, nos unimos às autoras, entre elas Matumoto (1998), Almeida et al. (1997), Matumoto, Mishima e Pinto (2001), que defendem o trabalho da enfermeira voltado às atividades clínicas da rede básica de saúde, desenvolvido de forma a atender as necessidades de saúde de uma população. Nosso trabalho deve ser determinado pelo contexto social, histórico e econômico, de forma a interferir no processo saúde/doença. Para que isso seja possível, é preciso ver o sujeito/usuário para além de suas necessidades biológicas através da escuta, do acolhimento, da relação humanizada, do vínculo, da responsabilização e do estímulo à autonomia.

É necessário que as equipes de saúde discutam o modo como o usuário e suas necessidades de saúde estão sendo concebidos por todos, pois a proposta de acolher, vincular, responsabilizar-se por ele, estimular sua autonomia só será possível quando a relação se der entre sujeitos.

Sem que a equipe canalize essa proposta enquanto desejo, o paciente é ao mesmo tempo sujeito e objeto, por vezes ouvido, acolhido, por vezes não. Os profissionais em certos momentos são criativos, são dependentes do trabalho vivo, responsabilizando-se pelas necessidades dos usuários, em outros, suas ações são capturadas pelo trabalho morto, conseqüentemente abandonam o objeto de trabalho à própria sorte.

Como defendem Merhy et al. (1997), a análise do espaço interno do serviço em questão, tomando como base as tecnologias leves, permite compreender o modelo tecnológico e assistencial que estamos construindo. A mudança do modelo assistencial relaciona-se muito com os espaços micropolíticos de uma organização em saúde, portanto somente a sigla PSF não significa necessariamente mudança. Podemos constatar que se mantém a organização por ações programáticas e que, do modelo de vigilância da saúde, somente se retira a proposta de território delimitado e população adscrita.

Os princípios, diretrizes e a composição do SUS não são compreendidos e tampouco defendidos por toda a equipe de saúde. Não está claro, para os profissionais, a ligação entre o PSF e a efetivação do SUS, se é que podemos considerar que essa questão pode ser assim tratada. O desafio de construção do SUS deve ser desejo de todos os trabalhadores, caso contrário não o implementaremos.

Consideramos que a desarticulação entre o PSF e o Sistema Municipal de Saúde observada é consequência da problemática da adesão a esse programa em nosso país, no que diz respeito aos aspectos macropolíticos, dos objetivos e métodos da implementação do PSF, alguns discutidos durante a construção do objeto.

Gostaríamos de destacar a característica de programa focal dirigido a classes menos favorecidas. Consideramos um retrocesso no campo jurídico e político da produção de serviços de saúde, pois rompe com os direitos sociais e públicos, que são defesas da Saúde Coletiva e principalmente da Enfermagem em Saúde Coletiva (Salum, 2001). Podemos afirmar que, na realidade avaliada, essa característica se apresenta no modo provisório e insuficiente, em termos de estrutura física, como a equipe vem trabalhando. A limitação tecnológica, aqui nos referindo à tecnologia dura, imposta à equipe permite-nos dizer que o imaginário que a sustenta é de que o PSF é para os excluídos e que, portanto, dispensa maiores investimentos.

Outro aspecto referente à abrangência do direito à saúde é o fato de o método de implantação dividir o município em área de PSF e não PSF. Entendemos que a proposta de humanização, maior acesso e vinculação que o programa ministerial contempla poderia ser estendida a toda a rede básica, beneficiando os trabalhadores já existentes e principalmente a população como um todo. Da maneira como está, caracteriza-se como paralelo e temporário, pois os trabalhadores não têm vínculo empregatício público, o que propicia uma instabilidade tanto para a população quanto para os próprios trabalhadores.

No entanto, o PSF foi implantado com o objetivo de reorientar o modelo assistencial, descentralizar a gestão da saúde e efetivar o SUS. Nossa pesquisa tornou possível uma avaliação do PSF, detectando que existe também uma lacuna na

implantação desse programa que diz respeito ao espaço micropolítico. A organização do processo de trabalho da equipe, a relação com os usuários nessa construção e, principalmente, o desafio de trabalhar com equilíbrio entre autonomia e responsabilidade, não estão sendo pautados no processo de implantação do PSF, seja pelos gestores, seja pelos trabalhadores. Faz-se necessário tornar coletivos alguns ‘desejos’: que gestores e trabalhadores - e aqui devemos pensar nos que ainda estão em formação - se apoderem do projeto SUS como uma construção desafiadora e dela se sintam participantes. É preciso que se considerem os ruídos aqui detectados e outros já expostos, para avançarmos no processo de implantação do SUS e, sobretudo, que estejamos abertos aos ruídos vindouros. Pensamos que a construção é um processo e como tal precisa ser continuamente avaliada. E que é possível criarmos formas de trabalho que diminuam os sofrimentos. Os serviços de saúde não podem continuar sendo mais uma fonte de dor, nem para usuários nem para trabalhadores.

ABSTRACT

The object of this study is the welcoming reception and the link production to the users enrolled in a team of the Family Health Program in the state of Rio Grande do Sul (RS). The concepts of welcoming reception and link are considered elements of light technologies, which have as achievement space the engagement between workers and users. It is aimed to analyse the work of a Family Health Team, in regard to the user's embracement and the link production, in the very act the work is being done, characterizing the way of health production which is being developed and also the conceptions the workers have about the user, which identifies the potential of welcoming reception and link production between professionals and users. It is characterized as a case study. The data were collected through free observation, semi-structured interview and document analysis. Individual and collective activities were observed on a random working day. The interviewees were a doctor, a nurse and three nursing assistants. The data were analysed by means of the dialectic approach and classified in relevance structures. The results which were obtained make it possible to evaluate the way of producing health which is traced as a Family Health Program. A relationship between the organization of the work process and the possibility of rendering the light technologies concrete was verified. The team work is centered in the medical act. The nurse gives priority to managerial and educational activities to the detriment of individual clinical attendances and does not constitute herself as a reference to the nursing assistants. These workers are responsible for the reception in the unity and have their work centered in procedures. The existence of gaps in the welcoming reception to the users is observed, mainly with respect to the opening of service for the demand, to the responsibility for the population's health problems and the stimulus to the user's autonomy. The link production is related to the development of clinical activities, for it was noticed that the population feels to be linked to the doctor. The user of the service, in the worker's conception, is sometimes considered as the subject and, other times, as the object. There is no definition of work project while a team. The principles and directrices of the Only System of Health are not understood and do not constitute themselves as a project thought by workers, characterizing the program as being focal and parallel. It is proposed that the nurse approach the clinical activities and the user's reception, and the health services be transformed into defense spaces of individual and collective life.

RESUMEN

El objeto de este estudio es el acoger y la producción de vínculo con usuarios que tienen vínculo a una Equipo del Programa de Salud de la Familia de la provincia de Rio Grande do Sul (RS). Los conceptos de acoger y vínculo son considerados elementos de las tecnologías suaves, que tienen como espacio de realización el encuentro entre el trabajador y el usuario. Tiene el objetivo de analizar el trabajo de una Equipo de Salud de la Familia, en lo que se refiere a la recepción del usuario y la producción de vínculo, durante el trabajo en el momento de su realización, caracterizando el modo de producción de salud que está siendo construido y también las concepciones de los trabajadores acerca del usuario, identificando los potenciales de acoger y de producción de vínculo entre trabajador y el usuario. Se caracteriza como un estudio de caso. Los datos fueron recogidos a través de observación libre, entrevista semi-estructurada y análisis de documentos. Fueron entrevistados el médico, la enfermera y tres auxiliares de enfermería. Los datos fueron analizados a través del abordaje dialéctico y clasificados en estructuras de relevancia. Los resultados obtenidos posibilitan una evaluación de la manera de producir salud que está delineando con el Programa de salud de la Familia. Verificamos una relación entre la organización del proceso de trabajo y la posibilidad de concreción de las tecnologías suaves. El trabajo del equipo está centrado en el acto médico. La enfermera prioriza las actividades administrativas y educativas en detrimento de las atenciones clínicas individuales y no constituyen referencia para las auxiliares de enfermería. Esas trabajadoras son las responsables por la recepción en la unidad y su trabajo está centrado en el procedimiento. Observamos que existen lagunas en el acoger los usuarios, sobretodo en lo que se refiere a la apertura del servicio para la demanda, a la responsabilidad por los problemas de salud de la población y al estímulo a la autonomía del usuario. La producción de vínculo está relacionada con el desarrollo de actividades clínicas, pues fue constatado que la población se sienta vinculada al médico. El usuario del servicio, en la concepción de los trabajadores, es tenido a veces como sujeto y a otras veces como objeto. No existe una definición de proyecto de trabajo como equipo. Los principios del Sistema Único de Salud no son comprendidos y no se constituyen como proyecto pensado por los trabajadores, caracterizando el programa como focal y paralelo. Se propone la aproximación de la enfermera a las actividades clínicas y a la recepción de los usuarios y la transformación de los servicios de salud en espacios de defensa de la vida, individual y colectiva.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Cecília P.; ROCHA, Semiramis Melani M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, Maria Cecília P., ROCHA, Semiramis M. M.,(orgs.) **O trabalho de enfermagem**, São Paulo:Cortez, 1997, 296 p.

ALMEIDA, Maria Cecília P.; MISHIMA, Silvana M.; SILVA, Eliete M. et al. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva na rede básica de saúde. In: ALMEIDA, Maria Cecília P., ROCHA, Semiramis M.M.,(orgs.) **O trabalho de enfermagem**, São Paulo:Cortez, 1997, 296 p.

BOSI, Maria Lúcia M.; AFFONSO, Kátia de C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n.2, p. 355-365, abr/jun.,1998.

BRASIL, **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 10 out. 1996.

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

_____. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Caderno 1, Brasília, 2000a.

_____. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**: relatório final. V.I. Brasília, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 06 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto anexo, a Norma Operacional Básica – NOB 01/96 do SUS. In: **Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro, 2001a, 230 p.

_____. Ministério da Saúde. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: _____. Rio de Janeiro, 2001b, 230 p.

_____. Ministério da Saúde. Situação de implantação de equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde. In: **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, a. 2, n. 4, 1 p. , dez., 2002.

BUENO, Wanderlei S.; MERHY, Emerson 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/NOB96crit.htm>>. Acesso em: 14 fev. 2002, 31 p.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994, 175 p.

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

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E., ONOCKO, R. (org), **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997b, 386 p.

CAMPOS, Rosana O. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25,n.58, p.98-111, maio/ago., 2001.

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

CECCIM, Ricardo B. Diversidade e adversidade na prática da atenção à saúde. **Saúde: revista do NIPESC**, Porto Alegre, v.3/v.4, n.2 e 4, p. 59-77, 1998/1999.

DALMOLIN, Bernadete M. **Reforma psiquiátrica: um processo em construção na prática dos enfermeiros do Rio Grande do Sul**. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998, 153 p.

DENTI, Irany A. **Serviços de saúde: reestruturação**. Erechim: EdiAPES, 2001, 143 p.

FERREIRA, Aurélio B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira S.A., 1986, 1838 p.

FRANCO, Túlio B.; MERHY, Emerson E. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial**, mimeo, Campinas, 1999, 32 p.

FRANCO, Túlio B.; BUENO, Wanderlei S.; MERHY, Emerson E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, s.2, p. 345- 353, abr/jun., 1999.

GOLDIM, José R. **Pesquisa em saúde: leis, normas e diretrizes**. 2.ed., Porto Alegre: HCPA, 2000, 180 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv.popr.def>>. Acesso em: 30 maio, 2002.

IUNES, Roberto F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, Sérgio F., VIANNA, Sólon M. (orgs.), **Economia em saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 1995, 293 p.

LEITE, Juliana C. A.; MAIA, Carmem C. A.; SENA, Roseni R. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 2, p. 161-168, abr/jun., 1999.

LIMA, Maria A. D. da S. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto:1998. 216 p.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986, 99 p.

MALTA, Deborah C.; FERREIRA, Leila M.; REIS, Afonso T. et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 21-34, set/dez., 2000.

MATUMOTO, Sílvia. **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.

MATUMOTO, Sílvia; MISHIMA, Silvana M.; PINTO, Ione C. Saúde coletiva: um desafio para enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.233-241, jan/fev., 2001.

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

MERHY, Emerson E. 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 organizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde.) In: CECILIO, Luis C. O. (org.) **Inventando a mudança na Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997a, 333 p.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: MERHY, E., ONOCKO, R. (org), **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997b, 386 p.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerencias. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 4 (2), p. 305-314, 1999.

MERHY, Emerson E.; CECILIO, Luis C. O.; NOGUEIRA FILHO, Roberto C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**, n. 33, p. 83-89, 1991.

MERHY, Emerson E.; CHAKKOUR, Mauricio; STÉFANO, Eduardo et. al. 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., ONOCKO, R. (org), **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, 386 p.

MINAYO, Maria C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed., São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec, 1994, 269 p.

MINAYO, Maria C. de S. (org.), **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7.ed., Petrópolis: Vozes, 1997, 80 p.

OLIVEIRA, Marilda S. A academia “apostando” na estratégia da Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano I, n.3, p. 46-52, dez., 2000.

PITTA, Ana Maria F. A equação humana no cuidado à doença: o doente, seus cuidados e as organizações de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 5, n.2, p. 35-60, 1996.

RAMOS, Donatela D. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS no contexto da municipalização da saúde**. Dissertação (mestrado) Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001, 128 p.

RELATÓRIO de Gestão do 3º trimestre de 2001. [s.l.]: SMS, set., 2001, 136 p.

RIGHI, Liane B. A estratégia do programa de saúde da família: reflexões sobre algumas de suas implicações. In: MISOCZKY, Maria Ceci A., BECH, Jaime (orgs.) **Estratégias de organização da atenção à saúde**. Porto Alegre: Da casa, 2002, 104 p.

SALUM, Maria J. L. A responsabilidade da universidade pública no processo institucional de renovação das práticas de saúde: questões sobre o Programa de Saúde da família. NATES – **Núcleo de Assessoria, treinamento e Estudos em Saúde**, ano 3, n. 7, p. 24-33, dez, 2000- maio, 2001.

SILVA JUNIOR, Aluísio G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998, 142 p.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. **Consolidado de municípios com PSF implantado.** Disponível na Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Acesso em: 14 jan. 2002a.

_____. **Consolidado das famílias cadastradas no ano de 2001 na área urbana.** Disponível nas Coordenadorias Regionais de Saúde na Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Acesso em: 14 jan. 2002b.

SOARES, Laura T. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.53, n. especial, p. 17-24, dez., 2000.

SOUSA, Maria F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.53, n. especial, p. 25-30, dez., 2000.

SOUZA, Heloiza M. Programa de Saúde da Família: Entrevista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.53, n. especial, p. 7-16, dez., 2000.

TEIXEIRA, Rafaela A.; MISHIMA, Silvana M. Perfil dos trabalhadores no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.53, n.3, p.386-400, set., 2000.

TEIXEIRA, Ricardo R. Agenciamentos tecno-semiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6(1), p.49-61, 2001.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987, 175 p.

UNGLERT, Carmen V. de S. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: Mendes, Eugênio V. (org), **Distrito Sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo – Rio de Janeiro, Hucitec, 1994, 269 p.

ANEXOS

Anexo B – Roteiro da entrevista com os trabalhadores de saúde

DATA:.....HORÁRIO DE INÍCIO:TÉRMINO:.....

TEMPO EM MINUTOS:.....

- 1- Quanto tempo você trabalha nesta equipe? Como foi o início do trabalho?
- 2- Desde o início até agora, o que melhorou e o que piorou no trabalho desenvolvido neste PSF?
- 3- Quais são suas funções e atividades rotineiras nesta unidade do PSF, em uma semana normal de trabalho?
- 4- Qual é a finalidade do trabalho do PSF?
- 5- Esta finalidade é atingida por essa equipe?
- 6- Qual a avaliação que você faz de todo o trabalho que é prestado por essa equipe de PSF?
- 7- Qual é o trabalho do enfermeiro/médico/técnico em saúde pública para você?
- 8- Qual é a relação do trabalho realizado no PSF e a Secretaria Municipal de Saúde?
- 9- Como visualiza no trabalho do PSF a efetivação dos princípios do SUS?
- 10- Qual a visão que você tem a cerca do usuário?