



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CRISTIANE CORSINI MEDEIROS OTENIO

**REPRESENTAÇÕES DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL
EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE MUNICIPAL**

CRISTIANE CORSINI MEDEIROS OTENIO

**REPRESENTAÇÕES DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL
EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE MUNICIPAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de mestre.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Luiza Nakama

Co-orientadora:

Prof^a. Dr^a. Ana Maria Cavalcanti Lefèvre

Londrina

2007

CRISTIANE CORSINI MEDEIROS OTENIO

**REPRESENTAÇÕES DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL
EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE MUNICIPAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de mestre.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Luiza Nakama

Co-orientadora:

Prof^a. Dr^a. Ana Maria Cavalcanti Lefèvre

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Luiza Nakama

Prof^a. Dr^a. Regina Melchior

Prof. Dr. Fernando Lefèvre

Londrina

2007

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo Marcelo, por seu amor, companheirismo, pela presença constante e pelo seu grande incentivo.

Aos meus pais, Maria de Lourdes e Rubens, pelo amor, dedicação e exemplos de vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força, proteção e aconchego em todos os momentos de minha vida;

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Luiza Nakama, por ter me conduzido com serenidade e confiança, pelo apoio e incentivo recebido que foram essenciais na execução deste trabalho;

A minha co-orientadora, Prof^a. Dr^a. Ana Maria Cavalcanti Lefèvre, pelos conhecimentos técnicos compartilhados, pela dedicação e carinho com que sempre me acolheu durante a realização deste trabalho;

Ao Prof. Dr. Fernando Lefèvre e a Prof^a. Dr^a. Regina Melchior pelas contribuições geradas no exame de Qualificação;

A Prof^a. Dr^a. Regina Melchior, a Prof^a. Dr^a. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza e a Prof^a. Dr^a. Elisabete de Fátima Pólo Almeida Nunes pela contribuição e disponibilidade na banca examinadora de defesa;

À Secretaria Municipal de Saúde de Bandeirantes, pela autorização para a realização da pesquisa de campo, após apreciação do projeto e pelo apoio financeiro que viabilizou a compra do programa Qualiquantisoft necessário à realização desta pesquisa;

Aos profissionais de saúde pelo carinho e disponibilidade com que colaboraram na realização desta pesquisa;

Mais que especial à amiga Natália Maria Maciel Guerra pela confiança e seu imprescindível apoio na execução deste trabalho;

Aos meus novos amigos Andréia e Marcelo Miller pela amizade, carinho e por contribuído dando voz aos sujeitos;

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina pelos conhecimentos compartilhados;

Aos funcionários do Departamento de Saúde Coletiva pela dedicação e competência com que fazem seu trabalho;

Aos colegas de turma do Mestrado pela convivência harmônica, a alegria, os momentos de descontração e a troca de saberes ao longo desta jornada;

A bibliotecária Inês Maria Rodrigues pela correção das referências com competência e carinho.

OTENIO, Cristiane Corsini Medeiros Otenio. **Representações do Trabalho Multiprofissional em um Serviço Público de Saúde Municipal**. 2007. 245f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, 2007.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde sobre o trabalho multiprofissional no Serviço Público de Saúde no município de Bandeirantes – Paraná. Foram entrevistados 44 profissionais de saúde de nível superior, com 4 questões abertas que abordaram aspectos de interesse para o tema. Para análise e processamento dos dados, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, por meio do qual se construíram os discursos síntese com auxílio do programa *Qualiquantisoft*. Nos discursos obtidos os profissionais de saúde entrevistados consideram seu trabalho como uma rotina de atendimento programado, determinado pela demanda, desgastante, porém vocacionado. Destacam que o trabalho multiprofissional é a integração de vários campos da área da saúde, entre profissionais de outras áreas e de outras especialidades para ter uma equipe formada para solucionar os problemas. Relatam que para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional deveria acontecer maior interação entre os gestores e os profissionais; recursos materiais e físicos para a melhoria do atendimento; capacitação, conscientização, contratação de profissionais para o serviço; remuneração salarial e organização do serviço de saúde. Os conteúdos revelam barreiras para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional, como a ausência de novas formas de gestão, flexibilização das relações de trabalho e ainda a necessidade de resolução de questões antigas, como remuneração salarial, planos de cargos e carreiras, e organização do serviço com instalação de mecanismos que possam evitar a intensa rotatividade de profissionais.

Palavras-chave: trabalho; recursos humanos; pesquisa qualitativa; representações sociais.

OTENIO, Cristiane Corsini Medeiros Otenio. **Representation Multi-Professional Work in a Municipal Public Service of Health**. 2007. 245f. Dissertation (Máster Degree in Public Health) – Londrina State University, Londrina, 2007.

ABSTRACT

This study aim to know the social representations of the health professionals on the multi-professional work in the Public Service of Health in Bandeirantes – Paraná - Brazil. It was interviewed 44 professionals of health with college level, applied 4 open questions that had approached aspects of interest in this subject. For analysis and processing of the data, it was used technique Colective Subject Discourse, by means of which was built speeches synthesis in Qualiquantisoft program. In the gotten speeches the interviewed professionals consider their work as a routine of programmed attendance, determined for the demand, tiresome, however vocational. They detach that multi-professional work is the integration of some fields in health area, between professionals of other areas and other specialties to have a formed team to solve the problems. They tell that for the development of the multi-professional practice should have to happen a better interaction between the managers and the professionals; material and physical resources for the improvement of the attendance; qualification, awareness, agreement of professionals to service; wage remuneration and organization of the health service. The contents disclose barriers for the development of the multi-professional work, as the absence of new forms of management, flexibility in work connections and still the necessity of resolution of old questions, as wage remuneration, plans of positions and careers, and organization of the service with installation of mechanisms to prevent the intense replacement of professionals.

Keywords: work; human resources; social representation.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Mudanças que ocorrem no trabalho decorrentes da estrutura de produção capitalista..... 33
- Quadro 2** - Critérios de reconhecimento da modalidade de trabalho em equipe: integração ou agrupamento..... 51

LISTA DE TABELAS

| | | |
|--------------------|---|-----|
| Tabela 01 – | Distribuição dos entrevistados, de acordo com o sexo e categoria profissional, no Município de Bandeirantes/PR, 2006. | 114 |
| Tabela 02 – | Distribuição dos profissionais entrevistados, conforme a faixa etária e categoria profissional, no Município de Bandeirantes/PR, 2006. | 115 |
| Tabela 03 – | Distribuição dos profissionais entrevistados, conforme o tempo de serviço (anos) e categoria profissional, no Município de Bandeirantes/PR, 2006. | 116 |
| Tabela 04 – | Distribuição das Idéias Centrais referentes à questão “ <i>Conte pra mim como seria um dia típico de trabalho seu no serviço público de saúde.</i> ” colhidas nos depoimentos dos profissionais entrevistados, por Categoria Profissional, no Município de Bandeirantes/PR, 2006. | 120 |
| Tabela 05 – | Distribuição das Idéias Centrais referentes à questão “ <i>Como você definiria trabalho multiprofissional em saúde no serviço público?</i> ” colhidas nos depoimentos dos profissionais entrevistados, por Categoria Profissional, no Município de Bandeirantes/PR, 2006. | 132 |
| Tabela 06 – | Distribuição das Idéias Centrais referentes à questão “ <i>O trabalho que você desenvolve normalmente no serviço público de saúde é ou tem alguma coisa de trabalho multiprofissional? Fale um pouco sobre isso.</i> ” colhidas nos depoimentos dos profissionais entrevistados, por Categoria Profissional, no Município de Bandeirantes/PR, 2006. | 141 |
| Tabela 07 – | Distribuição das Idéias Centrais referente à questão “ <i>O que você acha que poderia ser feito aqui em Bandeirantes para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional no serviço público de saúde?</i> ” colhidas nos depoimentos dos profissionais entrevistados, por Categoria Profissional, no Município de Bandeirantes/PR, 2006. | 153 |

LISTA DE FIGURAS

- Figura 01** – Distribuição dos profissionais de saúde entrevistados de nível superior da rede pública conforme a categoria profissional, no Município de Bandeirantes/PR, 2006. 114
- Figura 02** – Distribuição dos profissionais entrevistados, conforme o vínculo empregatício, no Município de Bandeirantes/PR, 2006. 117
- Figura 03** – Compartilhamento das idéias centrais, referente à questão “*Conte pra mim um dia típico de trabalho seu no serviço público de saúde.*” colhidas nos depoimentos dos profissionais entrevistados, no Município de Bandeirantes/PR, 2006. 120
- Figura 04** – Compartilhamento das idéias centrais, referente à questão “*Como você definiria trabalho multiprofissional em saúde no serviço público?*” colhidas nos depoimentos dos profissionais entrevistados, no Município de Bandeirantes/PR, 2006. 132
- Figura 05** – Compartilhamento das idéias centrais, referente à questão “*O trabalho que você desenvolve normalmente no serviço público de saúde é ou tem alguma coisa de trabalho multiprofissional? Fale um pouco sobre isso.*” colhidas nos depoimentos dos profissionais entrevistados, no Município de Bandeirantes/PR, 2006. 140
- Figura 06** – Compartilhamento das idéias centrais, referente à questão “*O que você acha que poderia ser feito aqui em Bandeirantes para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional no serviço público de saúde?*” colhidas nos depoimentos dos profissionais entrevistados, no Município de Bandeirantes/PR, 2006. 152

LISTA DE SIGLAS

| | |
|--------|--|
| ACs | Ancoragem |
| AME | Atendimento Médico Especializado |
| AMI | Atendimento Materno Infantil |
| CAPs | Caixas de Aposentadorias e Pensões |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CISNOP | Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná |
| CLT | Consolidação das Leis do Trabalho |
| DC | Diretrizes Curriculares |
| DSC | Discurso do Sujeito Coletivo |
| E-CH | Expressões-Chaves |
| EP | Educação Permanente |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| ICs | Idéias Centrais |
| INAMPS | Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social |
| IPDSC | Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo |
| LDB | Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional |
| MEC | Ministério da Educação e Cultura |
| MPAS | Ministério da Previdência e Assistência Social |
| MS | Ministério da Saúde |
| PACS | Programa de Agente Comunitário de Saúde |
| PAM | Pronto Atendimento Médico |
| PAO | Pronto Atendimento Odontológico |
| PCCS | Planos de Cargos, Carreiras e Salários |

| | |
|-------|---|
| PNEPS | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| PP | Projetos Pedagógicos |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TFD | Tratamento Fora do Domicílio |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UEL | Universidade Estadual de Londrina |
| USP | Universidade de São Paulo |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 17 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO..... | 23 |
| 2.1 PROCESSO DE TRABALHO..... | 23 |
| 2.2 DIVISÃO DO TRABALHO..... | 27 |
| 2.3 AS MUDANÇAS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO..... | 30 |
| 2.4 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE..... | 37 |
| 2.5 TRABALHO EM EQUIPE, TRABALHO MULTIPROFISSIONAL E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL..... | 50 |
| 2.5.1 Interação e Comunicação entre os Agentes do Trabalho..... | 54 |
| 2.5.2 Cooperação e Autonomia..... | 59 |
| 2.6 INTERDISCIPLINARIDADE E SAÚDE..... | 61 |
| 2.7 INTEGRALIDADE: PRINCÍPIO ARTICULADOR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE..... | 69 |
| 2.8 GESTÃO DO TRABALHO NO SUS E A EDUCAÇÃO PERMANENTE..... | 74 |
| 2.9 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA..... | 81 |
| 2.10 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS..... | 85 |
| 3 OBJETIVOS..... | 91 |
| 3.1 OBJETIVO GERAL | 91 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 91 |

| | |
|--|------------|
| 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA..... | 92 |
| 4.1 CENÁRIO DO ESTUDO | 92 |
| 4.2 SUJEITOS DA PESQUISA..... | 93 |
| 4.3 DELINEAMENTO DA PESQUISA..... | 94 |
| 4.4 MÉTODO DA PESQUISA..... | 96 |
| 4.4.1 Discurso do Sujeito Coletivo..... | 96 |
| 4.4.1.1 O pensamento coletivo como soma qualitativa a ser quantificada..... | 98 |
| 4.4.1.2 Qualiquantisoft..... | 102 |
| 4.4.1.3 O discurso do sujeito coletivo como pesquisa qualitativa de opinião..... | 104 |
| 4.5 COLETA DE DADOS..... | 106 |
| 4.6 ANÁLISE DE DADOS..... | 109 |
| | |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 113 |
| 5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO..... | 113 |
| 5.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE QUALIQUANTITATIVA DOS DISCURSOS COLETIVOS..... | 119 |
| 5.3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE QUALITATIVA DAS ANCORAGENS..... | 171 |
| | |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 176 |
| REFERÊNCIAS..... | 180 |
| | |
| APÊNDICE..... | 191 |
| APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA..... | 192 |
| APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 193 |

| | |
|---|-----|
| APÊNDICE C - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO AO MUNICÍPIO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA..... | 194 |
| APÊNDICE D – RESUMO DAS IDÉIAS CENTRAIS/ANCORAGEM – QUADRO..... | 196 |
| ANEXO | 241 |
| ANEXO A - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA – CEP – UEL..... | 242 |
| ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA..... | 244 |

1 INTRODUÇÃO

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, incorpora uma concepção ampliada de saúde, entendida como direito de cidadania:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1998, Art. 196).

O reconhecimento da crise do modelo assistencial predominante no Brasil, no âmbito da saúde coletiva, vem suscitando a emergência de propostas que visem à transformação do sistema de atenção em saúde, de suas práticas e, em articulação com essas, do processo de trabalho em saúde. A descentralização dos processos decisórios em saúde tem possibilitado uma melhor visualização dos problemas a serem enfrentados, assim como das possibilidades e limites das intervenções. Os avanços, ainda que extremamente importantes, estão longe de expressar a profunda e necessária transformação para que o SUS se torne um sistema de saúde efetivamente universal, igualitário, resolutivo e humanizado, e que, portanto, seja capaz de responder às necessidades de saúde, incidindo na melhoria das condições de saúde e vida da população brasileira.

O grande desafio para a saúde pública consiste em propor programas de intervenção culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto em que vivem as populações às quais são destinados. Tal transformação depende da superação de uma série de obstáculos relacionados à organização da macropolítica setorial, exigindo uma mudança substantiva nos modos de se produzir o cuidado à

saúde no âmbito dos serviços de saúde, uma vez que a organização dos processos de trabalho constitui um dos principais pontos críticos do sistema de saúde.

As necessidades de saúde são construídas histórica e socialmente; por isso, os profissionais em suas concepções, projetos de cuidado e as tecnologias que desenvolvem para exercer seu trabalho são elementos fundamentais de qualquer estratégia produzida com o objetivo de proporcionar a transformação das práticas. E é pela necessidade de aproximar ensino/serviço/comunidade que os movimentos de mudanças no processo de formação, com novas Diretrizes Curriculares Nacionais, também são objeto indispensável de abordagem pelas políticas de saúde.

Hoje o trabalho em saúde é um trabalho coletivo realizado por diversos profissionais que são treinados para realizar uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional. Isto se configura em uma relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação.

A competitividade e as incertezas do mercado de trabalho atual exigem profissionais atuantes, capacitados e participativos, que implica formação que inclua não apenas a habilidade técnica, mas também a capacidade de aprender a aprender continuamente. A intensa especialização do trabalho em saúde, ocorrida em décadas recentes, coloca o problema da integração das ações realizadas pelos vários profissionais presentes nesse setor. Para Peduzzi (1998), essa integração pode ser vista como articulação entre trabalhos de agentes da mesma área profissional e também entre trabalhos executados por profissionais de diferentes

campos. As políticas nacionais de saúde, as formas locais de organização dos serviços e as modalidades de financiamento de sua produção influenciam na qualidade e quantidade de recursos humanos incorporados.

O trabalho em equipe tem sido veiculado como proposta estratégica para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes (PEDUZZI, 2001).

Para o rompimento da organização tradicional, fragmentada e prioritariamente voltada para a dimensão biológica do processo saúde/doença, surge o Programa Saúde da Família (PSF), uma estratégia inovadora, que pretende dar condições para que os diferentes profissionais de saúde sejam capazes de estabelecer conexões entre conhecimentos específicos de cada profissão, a fim de propor novas práticas, propiciando o enfrentamento e a resolução de problemas identificados, pela articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos do conhecimento construindo um novo pensar (RABELLO; CORVINO, 2001 e COHN; ELIAS, 2001).

Para Almeida e Mishima (2001) o movimento na direção de construir, conceitualmente e na prática concreta dos serviços, o trabalho em equipe não é um esforço exclusivo da Saúde da Família. Entretanto, pode-se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes, e maior integração da equipe. Tais características apontam para a problemática que não há

conhecimento se o trabalho multiprofissional na atenção primária do serviço público está realmente sendo aplicado nas práticas dos profissionais de saúde.

Neste contexto é relevante avaliar se a multiprofissionalidade é fator decisivo para o desempenho do profissional na busca da atenção integral, dentro do SUS e se o trabalho multiprofissional favorece maior integração entre os profissionais de saúde e as ações que desenvolvem no Serviço Público de Saúde.

A questão norteadora que se coloca para investigação é: Quais as representações sociais e como estão sendo desenvolvidas as práticas multiprofissionais na atenção primária do Serviço Público de Saúde no município de Bandeirantes/Pr?

Para isso há que se considerar o âmbito das representações acerca do trabalho de cada agente, pressuposto o trabalhador, simultaneamente, como agente e sujeito histórico-social, e que a cada momento faz opções de adesão ou resistência a um dado modo de organização do trabalho.

Para Minayo (1995), a representação social é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou de conteúdo do pensamento que se manifesta em palavras, sentimentos e condutas e se institucionalizam, portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. Sua mediação privilegiada, porém, é a linguagem, tomada como forma de conhecimento e interação social.

Moscovici (2003); Lefèvre e Lefèvre (2005a); Minayo (1995); Spink (1995); Jodelet (2001) fazem parte desse arcabouço teórico metodológico para analisar as representações sociais.

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005a), as representações sociais, que são entidades sociais, precisam ser descritas, explicitadas e apresentadas, tendo

como base o material empírico dos pensamentos individuais. Tendo como fundamento a teoria da representação social e seus pressupostos sociológicos, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma técnica destinada a tornar mais claras e expressivas as representações sociais, permitindo que um determinado grupo social passe a ser visto como autor e emissor de discursos compartilhados entre os membros do grupo e assim possam se expressar. Desta forma, representa o pensamento de uma coletividade e assim permite a realização de pesquisas de resgates das opiniões coletivas.

Para a captação das representações sociais, é utilizada a estratégia metodológica do DSC, uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas na forma de discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular, expediente que visa expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta fosse o emissor de um discurso.

A opinião coletiva processada de forma discursiva apresenta nítidas vantagens em relação à processada de forma puramente categorial: ela é semântica, mais rica, pois é mais plena de conteúdos significativos, fazendo emergir os variados detalhamentos individuais de uma mesma opinião coletiva diante do tema pesquisado. Além disso, na forma discursiva, é possível descrever, em escala coletiva, os argumentos ou as justificativas associadas à opinião e a técnica do DSC obriga o pesquisador, quando da tabulação dos depoimentos, a estar todo o tempo empreendendo um raciocínio discursivo, tornando os resultados finais mais densos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005b).

As representações sociais são a forma de interpretação da realidade, que organiza as relações do indivíduo com o mundo e orienta as suas condutas e comportamentos no meio social, permitindo-lhe interiorizar as

experiências, as práticas sociais e os modelos de conduta, ao mesmo tempo em que constroem e se apropriam de objetos socializados. A relevância sociológica do estudo das representações sociais, desse modo, está no fato de que elas fundamentam práticas e atitudes dos atores, uns em relação aos outros, ao contexto social e àquilo que lhes acontece (MOSCOVICI, 2003).

A ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico demanda mudanças na forma de atuação e na organização do trabalho e requer alta complexidade de saberes. Cada profissional é chamado a desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo produto deve ser fruto de um trabalho que se forja com a contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento. Espera-se que os integrantes das equipes sejam capazes de “conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade, como também compartilhar conhecimentos e informações” (BRASIL, 2001).

Assim, esta pesquisa pretende conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde sobre o trabalho multiprofissional no Serviço Público de Saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PROCESSO DE TRABALHO

A categoria trabalho segundo a vertente marxiana, não pode ser considerada independentemente de uma dada formação social, ou seja, de uma forma específica de estruturação e organização da sociedade e das peculiares relações humanas constituídas e constituintes dela. Para Marx (2006:211),

“(...) o trabalho é um processo de que participa o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. (...). Põe em movimento as forças naturais de seu corpo (...), a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, (...) Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. (...). Pressupomos o trabalho sob forma exclusivamente humana. (...). No fim do processo de trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato fortuito. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é mister a vontade adequada que se manifesta através da atenção durante todo o curso do trabalho.(...)”

Nas primeiras sociedades humanas, o trabalho consistia numa relação direta entre o homem (sujeito do trabalho) e a natureza (objeto do trabalho). Na medida em que satisfaz uma necessidade, o homem desenvolve novas habilidades e cria instrumentos para intermediar sua relação com a natureza, pelo uso de meios de trabalho e estes vão absorvendo sucessivas modificações e complexas incorporações de tecnologias, como as observadas hoje na sociedade (PINHEIRO, 2001).

No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por

meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao concluir-se o produto (valor-de-uso) um material da natureza adaptado às necessidades humanas pela mudança de forma. Além disso, o produto é propriedade do capitalista, não do trabalhador. Na produção de mercadorias, nosso capitalista não é movido por puro amor aos valores-de-uso. Produz valores-de-uso apenas por serem e enquanto forem substratos materiais, detentores de valor-de-troca. Tem dois objetivos. Primeiro, quer produzir um valor-de-uso, que tenha um valor-de-troca, um artigo destinado à venda, uma mercadoria. E segundo, quer produzir uma mercadoria de valor mais elevado que o valor conjunto das mercadorias necessárias para produzi-la, isto é, a soma dos valores dos meios de produção e força de trabalho, pelos quais antecipou seu bom dinheiro no mercado. Além de um valor-de-uso, quer produzir mercadoria, além de valor-de-uso, valor, e não só valor, mas também valor excedente (mais valia) (MARX, 2006).

Todo processo de trabalho envolve, portanto, três elementos básicos: o trabalho, que é a atividade adequada a um fim; os meios de trabalho, que são os instrumentos que direta ou indiretamente o homem utiliza na transformação de um objeto; e o objeto de trabalho, que é a matéria, em estado natural (matéria-bruta) ou já modificada pelo trabalho do homem (matéria-prima), que sofrerá uma transformação para satisfazer a necessidade do homem. Os meios de trabalho e o objeto de trabalho são os meios de produção (PIRES, 1998; PINHEIRO, 2001; MARX, 2006).

Outro aspecto que representa uma das características centrais do trabalho são sua intencionalidade e cooperação, isto é, o trabalho é uma atividade física e intelectual que os homens desenvolvem e, sendo intencional, ele depende de uma construção prévia, de um projeto que o homem traz em mente desde o início

do processo. É cooperativo porque realça a característica social do trabalho, ou seja, a necessidade dos homens de se relacionarem entre si, no processo de trabalho, em qualquer coletividade (PINHEIRO, 2001).

Peduzzi (1998) caracteriza o trabalho como um processo de transformação que ocorre porque o homem tem necessidades que precisam ser satisfeitas. Um dado processo de trabalho não ocorre isoladamente, mas sim numa rede de processos que se alimentam reciprocamente. Nessa rede, ocorre o encadeamento de distintos processos de trabalho que se diferenciam pela sua peculiar conexão dos elementos constituintes (objeto, instrumentos, atividades) e se integram por meio das relações entre as necessidades que precisam internalizar para se realizar. Tal como ocorre no campo da saúde, onde distintas áreas profissionais, cada qual realizando um processo de trabalho próprio, encontram nas necessidades de saúde seu ponto de confluência.

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde; como objetivo, o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando de medidas curativas, de preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho, os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento, que é o saber de saúde, e como produto final, a própria prestação da assistência à saúde que é produzida no mesmo tempo que é consumida (PIRES, 1989; 1998; 1999; 2000). Então, o processo de trabalho em saúde compreende o trabalho diretamente produtor dos cuidados e das ações assistenciais (SCHRAIBER et al., 1999).

O ato assistencial pode ser realizado de forma independente, numa relação direta entre profissional de saúde e cliente; entretanto, diante da complexidade dos problemas, dos conhecimentos acumulados no campo da saúde e

dos instrumentais envolvidos na assistência, grande parte da assistência em saúde ocorre em instituições públicas e/ou privadas com estruturas e níveis de complexidades diversas. Complexidades que exigem conhecimentos profundos em cada área, possibilitando que atividades ou campos do conhecimento organizem-se em novas profissões de saúde, mas só é possível o entendimento da totalidade com o inter-relacionamento entre as diferentes áreas e profissões (PIRES, 1998; 1999).

Como sujeitos do processo de trabalho, os profissionais exercem autonomia técnica. Segundo Peduzzi (2001), a utilização do conceito de autonomia técnica na análise do trabalho em saúde procede à medida que não é possível desenhar um projeto assistencial que já seja definitivo e único antes de sua implementação. As variadas autonomias dirão respeito à maior ou à menor autoridade técnica, socialmente legitimada e não apenas tecnicamente estabelecida das distintas áreas profissionais.

A direcionalidade técnica tem atualmente uma natureza coletiva por agirem coerentemente compartilhando os conhecimentos científicos contemporâneos. Contudo, para resolver os conflitos que surgem no trabalho coletivo, com a estruturação de novas profissões, conserva-se o modelo tradicional de assistir a saúde no qual o médico é o elemento central da assistência e os demais atuam como práticas auxiliares (NOGUEIRA, 2007; PIRES, 1998; 1999; 2000).

A história da organização das profissões de saúde mostra o processo de institucionalização da medicina como detentora legal do saber e elemento central do ato assistencial. Apesar de o controle médico sobre as demais profissões, em termos de formação e de regras para o exercício profissional, ter se relativizado no século XX com o surgimento de organizações profissionais independentes, os

médicos continuam ainda hoje com o poder legal de exercer qualquer ramo do ato assistencial em saúde (PIRES, 1998; 1999). No espaço institucional, convivem características do trabalho assalariado e da divisão parcelar do trabalho, bem como características do trabalho profissional do tipo artesanal¹ (PIRES, 1998; 1999; 2000; RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2004).

2.2 DIVISÃO DO TRABALHO

A passagem dos modos de produção pré-capitalistas para o capitalista ocorre em um processo longo, no qual os traços dos modos de produção preexistentes vão sendo tragados, paulatinamente, até que o modo de produção capitalista triunfe ao final do século XVIII.

Para Marx (2006), a cooperação é a forma de trabalho em que muitos trabalham juntos, de acordo com um plano, no mesmo processo de produção ou em processos de produção diferentes, mas conexos. Considera que a cooperação está fundada na divisão do trabalho e constitui um princípio inovador do modo de produção capitalista e é introduzida com a manufatura, entre meados do século XVI e último terço do século XVIII.

Segundo Braverman (1999), a divisão do trabalho na indústria capitalista não é de modo algum idêntica ao fenômeno de distribuição de tarefas,

¹ Trabalho do tipo artesanal corresponde ao trabalho desenvolvido na Idade Média por produtores especializados em determinado ramo de atividade, que detinham controle sobre o seu processo de trabalho, dominavam o conhecimento necessário para a produção, responsabilizavam-se pela reprodução desses conhecimentos e pela formação de novos profissionais; eram proprietários dos instrumentos de trabalho; controlavam o ritmo de produção e o preço do produto.

ofícios ou especialidades da produção por intermédio da sociedade. Embora todas as sociedades conhecidas tenham dividido o seu trabalho em especialidades produtivas, cada qual apropriada a certo ramo da produção, nenhuma antes do capitalismo subdividiu sistematicamente o trabalho de cada especialidade produtiva em operações limitadas.

Na manufatura, o trabalho é desenvolvido pelo esforço humano; a operação é manual, artesanal e depende da força, habilidade, rapidez e segurança do trabalhador individual ao manejar seu instrumento. Contrária à divisão geral ou social, o que revoluciona no processo de trabalho são as profundas modificações ocorridas no uso da força do trabalho (PIRES, 1998).

A divisão manufatureira do trabalho origina-se, a partir do artesanato, de duas maneiras: surge da combinação de ofícios diversos e independentes, por cujas mãos tem de passar um produto até seu acabamento final, com o que os antigos artesãos perdem sua independência no trabalho e passam a constituir apenas operações parciais do processo de produção de uma única mercadoria; e surge da decomposição de um ofício em suas diferentes operações particulares, isolando-as e individualizando-as para tornar, cada uma delas, função exclusiva de um trabalhador parcial. Ora introduz a divisão do trabalho num processo de produção ou a aperfeiçoa, ora combina ofícios anteriores distintos (MARX, 2006).

A divisão técnica do trabalho é a principal característica da organização na sociedade capitalista que consiste na divisão do processo de trabalho em pequenas tarefas, de modo que cada trabalhador executa apenas uma pequena parte da fabricação do produto. Em razão da divisão técnica do trabalho, o homem deixa de comandar o processo de trabalho, sendo comandado pela lógica

capitalista que detém e controla o processo e os meios de trabalho. Neste contexto, o homem assume uma função instrumental (PINHEIRO, 2001).

Na indústria, o ponto de partida para revolucionar o modo de produção é o instrumental de trabalho, que exige a substituição da força humana por forças naturais; e da rotina empírica pela aplicação consciente da ciência, o caráter cooperativo do processo de trabalho torna-se então uma necessidade técnica imposta pela natureza do próprio instrumental de trabalho (MARX, 2006).

Segundo Peduzzi (1998), essa modalidade de divisão tem como característica central o fato de o trabalhador parcial não produzir nenhum produto por completo, sendo este possível apenas como resultado da composição de vários trabalhos especializados, ou, em outros termos, resultado da atividade de um trabalhador coletivo. Assim sendo, o que contribui para a específica modalidade de divisão técnica do trabalho é a separação do trabalhador de seus instrumentos de trabalho, e a separação de suas dimensões intelectual e manual, ou seja, do momento de concepção, o trabalho intelectual, e do momento de execução, de características predominantemente manuais.

Quanto à divisão do trabalho no setor saúde, cabe salientar que se dá de forma processual e complexa, pois cada trabalho que se individualiza assim o faz pela necessidade histórica de sua peculiar atuação especializada, configurando saberes e ações que lhe são próprios e singulares. Refletindo não apenas o desenvolvimento científico-tecnológico, mas a própria dinâmica social das práticas de saúde, e não apenas a divisão técnica do trabalho, mas a desigual valorização social desses trabalhos (PEDUZZI, 2002).

As diferenças técnicas dizem respeito às especializações dos saberes e das intervenções, entre as variadas áreas profissionais. As desigualdades

referem-se à existência de valores e normas sociais, hierarquizando e disciplinando as diferenças técnicas entre as profissões. Ou seja, correspondem distintas autoridades técnicas e legitimidades sociais às diferentes áreas profissionais. Isto significa que algumas profissões são “superiores” a outras, e que há relações hierárquicas de subordinação entre os profissionais, transformando em desigualdades sociais entre os agentes de trabalho (PEDUZZI, 2001). Nesse sentido, há uma distinção e elitização do trabalho do profissional médico por referência aos demais profissionais de saúde, sendo atribuído, ao primeiro, maior valor social.

2.3 AS MUDANÇAS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

No decorrer do século XX, a sociedade observou várias transformações de ordem econômica, social, cultural e tecnológica, com reflexos nas organizações, constituindo grandes modificações no mundo do trabalho, o que provocou mudanças nas filosofias de administração, controle e gestão da produção de bens e serviços (ALVES, CARVALHO, AMARAL, 1999).

A Teoria da Administração Científica iniciada por Frederick Winslow Taylor (1856-1915), do final do século XIX até a década de quarenta do século XX, fundamenta-se na aplicação de métodos da ciência positivista, racional e metódica aos problemas administrativos a fim de alcançar a máxima produtividade, que resulta da eficiência do trabalho e não da maximização do esforço, com métodos e sistemas de racionalização do trabalho e disciplina do conhecimento operário

colocando-o sob o domínio da gerência; a seleção rigorosa dos mais aptos para realizar as tarefas; a fragmentação e hierarquização do trabalho. Investiu nos estudos de tempos e movimentos para melhorar a eficiência do trabalhador e propôs que as atividades mais complexas fossem divididas em partes mais simples facilitando a racionalização e padronização (PINHEIRO, 2001; MAXIMIANO, 2004; MATOS; PIRES, 2006).

As regras são estabelecidas pela gerência, cabendo ao trabalhador apenas executá-las nos devidos tempos em que for previamente determinado, estabelecendo assim a cisão entre concepção e execução do trabalho (PIRES, 1998).

O taylorismo defendeu o pagamento por produção e o incentivo salarial para favorecer a produtividade, pressupondo que as pessoas são motivadas exclusivamente por interesses salariais e materiais (PINHEIRO, 2001; MAXIMIANO, 2004; MATOS; PIRES, 2006).

Outra inovação revolucionária do início do século XX: a “linha de montagem” de Henry Ford, ou seja, trata-se de um método seqüencial ordenado das operações com peças padronizadas, trabalhador especializado e crescente divisão do trabalho (PINHEIRO, 2001; MAXIMIANO, 2004).

Como Taylor, Henry Ford estava preocupado em eliminar da produção os tempos mortos, transformando-os em tempos produtivos, e leva às últimas conseqüências a separação entre planejamento e execução, a desqualificação e o parcelamento de tarefas (PIRES, 1998). Desse modo, o trabalho pensante fica restrito a um pequeno grupo, esperando-se do trabalhador a execução das atividades delegadas em que o trabalho humano é extremamente fragmentado

e simplificado e o ritmo é totalmente definido pelas máquinas. O modelo taylorista/fordista difundiu-se no mundo e influenciou todos os ramos da produção.

Henry Fayol, contemporâneo de Taylor, também partidário e defensor das mesmas idéias de organização racional do trabalho, entretanto, preocupou-se em complementar o controle da organização do trabalho, estabelecendo uma abordagem sintética, universal e global com princípios da boa administração, sendo dele a visão clássica das funções do administrador: planejar, organizar, comandar, coordenar e controlar (PINHEIRO, 2001; MAXIMIANO, 2004; MATOS; PIRES, 2006).

A teoria Burocrática de Max Weber define a administração burocrática como a forma mais racional de exercer a dominação. Em suas dimensões essenciais muitos dos aspectos do modelo burocrático podem ser encontrados em Taylor e Fayol: a divisão do trabalho baseado na especialização funcional; hierarquia e autoridade definidas; sistema de regras e regulamentos que descrevem direitos e deveres dos ocupantes dos cargos; sistema de procedimentos e rotinas; impessoalidade nas relações interpessoais; promoção e seleção baseada na competência técnica (MAXIMIANO, 2004; MATOS; PIRES, 2006).

Essas mudanças na organização do trabalho (Quadro 1) degradam o trabalho e alienam os trabalhadores, submetendo-os à execução de operações particulares, isoladas e repetitivas. Nesse processo de trabalho, os trabalhadores perdem a compreensão dos limites de sua participação na totalidade do objeto produzido, sendo desestimulados a exercitar sua capacidade criativa e crítica. É importante observar que as mudanças iniciam-se no ambiente de trabalho, mas influenciam o modo de viver das pessoas.

Quadro 1: Mudanças que ocorrem no trabalho decorrentes da estrutura de produção capitalista.

| Mudanças na Organização do Trabalho | Efeitos e Conseqüências |
|--|---|
| O trabalho foi dividido e organizado para que cada trabalhador desenvolva poucos movimentos repetidos continuamente, e assim produza maior quantidade de produtos. | O trabalho tornou-se banal, monótono, cansativo, sem motivação. O novo ritmo da produção esgota o trabalhador no plano físico e mental. |
| O trabalhador que, sob o artesanato, dominava um ofício, passou a produzir partes de produtos que não vê prontos ao final da produção. | O trabalhador empobreceu no plano do conhecimento/saber, ou seja, desqualificou-se com a forma simplista e mecânica de organização da produção, que dispensa os dons intelectuais do homem; raciocínio, inteligência, capacidade criativa, habilidades gerais, utilizando, sobremaneira, a destreza física. O trabalho tornou-se alienante e alienador. |
| Os trabalhadores produzem um grande volume de produtos e recebem como recompensa um salário incompatível com a riqueza que produzem. | A lógica que remunera o trabalho nessa nova organização desvincula o trabalho da quantidade-lucro produzido. Enquanto isso, considera a ausência de complexidade das tarefas e a conseqüente facilidade de substituição de força de trabalho. Assim, a remuneração do trabalho é barateada, com a justificativa de que a um trabalho simples não pode corresponder um grande salário. |
| Concentram-se na administração as informações, criação, decisão, autoridade e controle sobre o trabalho. | Retirou-se do trabalhador as possibilidades de influir na organização do trabalho. |
| Para estímulo à produtividade, usam-se incentivos psicológicos e financeiros, como o pagamento por produção. | Os incentivos psicológicos têm um caráter manipulativo, ou seja, criam falsas vantagens para submeter os trabalhadores. Os incentivos financeiros provocam uma individualização, competição e dificuldade de identificação da classe operária e trabalhadora em geral. |
| À produção em massa deverá corresponder um consumo em massa. | Para efetivar o consumo de massa, estratégias mercadológicas transformam produtos bons em obsoletos e produtos supérfluos em indispensáveis. A lógica máxima cria a noção de tempo útil vs combate ao desperdício. Essa lógica resulta em lema de vida; não há tempo a perder...produzir...produzir...é lema de vida. |

Fonte: PINHEIRO, 2001.

Contudo, a introdução da organização racional do trabalho, com vista em obter maior produção, não tardou a provocar reação negativa dos trabalhadores. O Movimento das Relações Humanas surge da crítica à Teoria da Administração Científica e à Teoria Clássica, porém o modelo proposto não se contrapõe ao taylorismo. Em vez de rever a organização racional do trabalho, eles a mantêm utilizando conhecimentos das ciências do comportamento (psicologia, sociologia, antropologia), passando a considerar temas como: motivação, liderança, comunicação, participação, organização informal e dinâmica de grupo, buscando formas de aplicá-los à dinâmica da empresa, para obter a satisfação e a integração do trabalhador, manter e aumentar os lucros com a produção. Nesse sentido, a

Teoria das Relações Humanas é mediadora dos conflitos entre capital e trabalho (PINHEIRO, 2001; MAXIMIANO, 2004; MATOS; PIRES, 2006).

Muitas outras teorias reuniram estudos de administração ou gestão do trabalho, como: Teoria Comportamental, Teoria Estruturalista, Teoria do Desenvolvimento Organizacional, Teoria de Sistemas e Teoria Contingencial. Todas essas teorias, segundo Pinheiro (2001), têm em comum o aprofundamento das idéias já contidas na Teoria Clássica e das Relações Humanas, enfatizando ora as idéias de uma, ora as idéias de outra, podendo concluir que as teorias de administração que sucederam a Teoria Clássica foram mais efetivas que esta no sentido de orientar o modo de organização do trabalho.

A velocidade das mudanças experimentadas pela sociedade, a partir dos anos 80 do Século XX, com reflexos claramente perceptíveis nas organizações, difundiu alternativas administrativas de gestão e organização do trabalho que estão associadas, freqüentemente, à superação dos modelos taylorista/fordistas de organização e trabalho, e culminaram com a adoção de princípios de administração flexível que pode ser compreendida como “o processo de gestão que leva a empresa a adquirir sensibilidade e capacidade de resposta, no curto prazo, para as alterações no ambiente externo, tais como demanda de clientes, as inovações tecnológicas cada vez mais constantes e imprevisíveis e as novas formas de concorrência” (MÉDICI; SILVA, 1993).

Bernardes (1994) afirma que as mudanças modificam drasticamente a dinâmica espaço-organizacional das empresas, onde a *performance* virtuosa da empresa “piramidal”, unificada e verticalizada do padrão fordiano de produção revela-se obsoleta para suprir as variações de mercado não prevista. O autor salienta ainda a necessidade de reconceituar a categoria trabalho por intermédio de

um novo paradigma de racionalidade ou sob uma “óptica transversal” que permita apreendê-la na sua multidimensionalidade, com uma remodelagem da estrutura verticalizada para uma configuração de empresa-rede, na qual a mobilização dos *savoir-faire* coletivos dos trabalhadores e os interesses de cooperação aumentam nos planos vertical e horizontal. A excelência do desempenho da empresa contemporânea está condicionada, em grande parte, a sua capacidade de coordenação, coerência e cooperação entre os atores envolvidos.

Médici e Silva (1993), para facilitar a compreensão dos fundamentos da administração flexível, destacam como importantes as seguintes características:

- O trabalhador é visto como uma pessoa criativa e inteligente, que participa das discussões de grupo, tendo um papel determinante na organização do trabalho e resultados;
- A capacitação e aperfeiçoamento de pessoal passa a ser um processo contínuo e permanente, nos postos de trabalho, em substituição ao treinamento dirigido tradicional;
- Os salários e condições de trabalho passam a ser negociados, de forma flexível, em função da condição real específica de cada empresa, naquele momento;
- A empresa apresenta total visibilidade no que diz respeito às informações econômicas, financeiras e contábeis no momento da negociação;
- Há redução dos níveis hierárquicos e as chefias participam do cotidiano do trabalhador, discutindo e aperfeiçoando o processo de trabalho e o produto final;
- A empresa é mais sensível às exigências do mercado;
- O controle da qualidade passa a ser feito em cada etapa do processo de trabalho, o que permite conhecer melhor as falhas e corrigi-las;

- A comunicação passa a ser essencial em todos os sentidos da hierarquia da empresa;
- Há diversificação e capacidade de mudança, no curto prazo, para adaptações às exigências de mercado;
- As estruturas administrativas sofrem mudanças, tornando-se mais leves.

Matos e Pires (2006) enfatizam a cooperação, a valorização de grupos de trabalho, a diminuição de níveis hierárquicos, o autogerenciamento por setores e áreas, a delegação de tarefas, a responsabilidade compartilhada e transferência nas decisões diante do processo de trabalho flexível. Tanto como Bernardes (1994), colocam a emergência de uma nova divisão do trabalho, menos pronunciada do que no “taylorismo” e no “fordismo” e com maior integração de funções.

Neste novo modelo de organização do trabalho há uma tendência à maior qualificação dos trabalhadores, pois o produto depende cada vez menos das operações diretas do trabalhador individual, e cada vez mais de trabalhos coletivos articulados que papel decisivo para garantir maior produtividade, ocorrendo assim uma crescente valorização da capacidade de inovação e da inventividade dos trabalhadores. Esse novo trabalhador no qual converge a concepção e a execução do trabalho necessita de uma qualificação que inclua habilidades cognitivas, de abstração e análise simbólica; comunicacionais, de inter-relação com clientes e demais trabalhadores; iniciativa e criatividade; capacidade de trabalhar cooperativamente em grupo e para a formação mútua no próprio local de trabalho; competência para avaliar o produto e tomar medidas de melhoria de qualidade; e domínio das técnicas de planejamento e organização do trabalho. Portanto,

necessita de uma sólida formação básica, além da capacitação profissional (PEDUZZI, 2002).

Bernardes (1994) destaca o lugar central da comunicação e das inter-relações nesse novo modo de produzir o trabalho, tanto pela sua complexidade como pela necessidade de cooperação e, portanto, da identificação e superação dos obstáculos à cooperação.

Essas mudanças no trabalho, segundo Peduzzi (1998; 2002), não atingiram igualmente todos os setores de produção e convivem com modalidades de trabalho anteriores que persistem. Porém, são tidas como tendências predominantes por impactarem significativamente a produção mundial de riqueza.

2.4 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Segundo Pires (1998; 1999; 2000), o trabalho em saúde é um trabalho do setor de serviços, considerado essencial. É um trabalho da esfera da produção não-material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

O setor de serviços, apesar da imensa diversidade de atividades, de formas de produzir e de lógica organizacional, é parte da totalidade sócio-histórica e modifica sua organização e processo de trabalho no conjunto da dinâmica social que provoca mudanças na produção industrial (PIRES, 2000).

Historicamente, o trabalho em saúde é um trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar e da lógica taylorista e fordista de organização e gestão do trabalho (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Ao longo da história, as práticas assistenciais, as formas de desenvolvimento de trabalho, a divisão do trabalho e o processo de formação profissional e de produção de conhecimentos se modificaram, sendo influenciadas pelo modo de produção hegemônico, pela cultura e pela forma de organização da produção nos setores mais dinâmicos da economia (PIRES, 2000).

Para entender a origem da problemática das relações de trabalho no setor saúde e a origem da hegemonia médica no campo de saber e da prática, é necessária uma análise breve da história do saber e da prática de saúde e as modificações ocorridas nos diversos momentos históricos. Segundo Pires (1989), a resposta de como se deu a apropriação médica do saber de saúde e a hegemônica no setor só é possível com uma análise da reconstituição histórica do setor.

Na organização tribal do Brasil em 1500, a divisão do trabalho encontra-se pouco desenvolvida; homens e mulheres exercem atividades semelhantes no dia-a-dia da vida comunal; não há registro da divisão técnica ou parcelar do trabalho (PIRES, 1989). A concepção saúde/doença é baseada no pensamento místico e na concepção teológica; quem detinha o conhecimento era o feiticeiro, pajé ou sacerdote; o tratamento era individualizado e curativo; bons resultados obtidos com um ritual garantiam a eles o prestígio de que emanava o seu poder (SCLIAR, 2002).

Segundo Pires (1989), o feiticeiro, pajé ou sacerdote são identificados como os primeiros profissionais de saúde no Brasil, pois o trabalho

envolvia todo o ato de saúde, ou seja, as atividades básicas hoje reconhecidas como campo de trabalho do médico (diagnóstico e a decisão sobre a terapêutica), da enfermagem (o cuidado e a administração da assistência) e dos farmacêuticos (o preparo dos medicamentos).

Na sociedade indígena brasileira, organizada sob o modo de produção comunal, com a colonização deu-se a primeira mudança com a industrialização da propriedade fundiária da terra e a administração colonial. No campo da saúde, a mudança se dá do saber e da prática de saúde dos indígenas para o saber e as práticas de saúde dos padres e físicos (médicos licenciados pelas universidades da Península Ibérica e considerada uma profissão de prestígio); eles eram contratados pela autoridade colonial, mas tinham também atividade liberal na clínica privada para os que podiam pagar. Os físicos diagnosticavam e prescreviam; os procedimentos, como as sangrias, ficavam a cargo dos barbeiros-cirurgiões, pois médico que se prezasse não usava as mãos, sendo coisa para as classes inferiores sem formação teórica. Observa-se com isto, o início da inter-relação conflituosa da divisão do trabalho com uma destinação de espaço social, de articulação de classe e de relação de dominação/subordinação. A assistência hospitalar estava a cargo das Santas Casas, estabelecimentos de caridade não-governamentais, que proporcionavam abrigo e amparo religioso aos moribundos. A organização da assistência à saúde era rudimentar; boa parte da população continuava recorrendo aos curandeiros, e o parto estava a cargo das parteiras (SCLIAR, 2002).

Com a chegada de D. João VI, em 1808, surgiram as primeiras escolas médicas para formação de clínicos e cirurgiões, no Rio de Janeiro e em Salvador; institucionaliza-se o saber de saúde transformando-o em saber médico. O investimento no ensino superior foi uma necessidade política no combate a

endemias e epidemias, e pela escassez da disponibilidade de recursos humanos em saúde de qualidade. A unificação da medicina e a transformação das academias em escolas ou faculdades médico-cirúrgicas, que diplomavam médicos, farmacêuticos e parteiras, tornou-se realidade com a Lei de 3 de outubro de 1832. Em 19 de abril de 1879 o governo imperial instituiu as faculdades de medicina que passaram a ter três cursos anexos: o de farmácia, parteiras e cirurgião-dentista, e o trabalho era eminentemente masculino. Em 1891, a república instituiu uma nova reforma nas faculdades de medicina e transforma-as em faculdades de medicina e farmácia, mas mantém anexos os cursos de parteira e odontologia (PIRES, 1989).

Assim, o século XIX é marcado pela institucionalização do trabalho médico no setor da saúde, que é reconhecida como detentora legal do saber sobre a causa, a sintomatologia e o desenvolvimento das doenças; passa a controlar a formação e emitir regras para a regulamentação da prática de outros profissionais de saúde, como as parteiras, farmacêuticos, enfermeiros e dentistas, os quais assumem gradativamente o papel de gerenciador do trabalho em saúde nas instituições hospitalares e ambulatoriais, bem como nas instituições governamentais de planejamento e execução das ações coletivas de saúde do século XX (PIRES, 1998).

Na década de 20, início do século passado, surgem as primeiras ações coletivas de saúde pública no Brasil, como o saneamento dos portos e do espaço urbano, necessários para a integração no mercado mundial e para atrair mão-de-obra qualificada para o processo de industrialização do País, denominada de sanitarismo campanhista que vigorou até 1945. As práticas de assistência individual eram desenvolvidas nos consultórios particulares, por um único agente — o médico — pautadas no modelo da medicina liberal e também desenvolviam

atividades assistenciais junto às Santas Casas, a alguns poucos dispensários e às sociedades de auxílio mútuo. Além de médicos e enfermeiros práticos, havia um conjunto de agentes, como os delegados de saúde, os inspetores de saúde, os guardas sanitários e os fiscais (PEDUZZI, 1998).

Em 1920, com o surgimento da primeira universidade no Brasil, é que os farmacêuticos e dentistas passam a ser profissões independentes, organizadas e reguladas segundo normas próprias. A enfermagem, também, só passa a ter uma formação profissional independente no Brasil com a criação da escola Ana Néri em 1923, no Rio de Janeiro, e a formação das parteiras passa a integrar o trabalho profissional de enfermagem (PIRES, 1998).

Como resposta às reivindicações do movimento operário por ações mais efetivas do governo na atenção à saúde, em 1923 estrutura-se a Lei Eloy Chaves que regulamenta a formação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que eram organizações assistenciais independentes dos trabalhadores, constituindo assim o nascimento da Previdência Social, que sofre transformações ao longo dos anos, chegando à década de oitenta totalmente monopolizada pela tecnocracia e burocracia de Estado (PIRES, 1989).

Após 1930, em decorrência de pressões provenientes do processo de industrialização, os reflexos da difusão cultural exercida pelos países industrializados passaram a ser observados também no setor da saúde, tais como no ensino médico e na infra-estrutura de saúde (BARRA et al., 2006).

Nos anos 40, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos ainda estavam ausentes dos serviços de saúde, assim como não se encontravam regulamentados enquanto profissões. As regulamentações profissionais desses agentes e também dos enfermeiros ocorreriam somente nos

anos 60 e, particularmente dos fonoaudiólogos, mais tardiamente, nos anos 80. Isso, por um lado, pode estar relacionado à política desenvolvimentista de ampliação de oferta de cursos universitários, a partir da década de 60, e, por outro lado, ao processo de incorporação dessas áreas de atuação profissional às práticas de saúde (PEDUZZI, 1998).

A partir da década de 50, mudanças ocorreram no sistema de proteção à saúde, com o processo de industrialização do País provocando uma acelerada urbanização e assalariamento de parcelas crescentes da população. O que gerou uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde, o que torna a assistência mais cara e o hospital o principal ponto de referência para a busca de atendimento em saúde, com ênfase na atenção médica curativa de caráter individual, na especialização e na tecnificação do ato médico (BAPTISTA, 2005; BARRA et al., 2006).

Com a introdução do modelo médico-assistencial privatista, emergem novos agentes, como o educador sanitário, destinado a ser o principal auxiliar do médico sanitário, trabalhador central desse novo modelo de organização das práticas (PEDUZZI, 1998).

As políticas de saúde no Brasil refletiam o momento vivido, a economia vigente e as classes dominadoras. Historicamente, a atuação do Estado foi concentrada em medidas de alcance coletivo, acrescentando-se, ainda, que o próprio setor de saúde não constituiu setor prioritário nas definições de política econômico-social do Estado (ROSA; LABATE, 2005).

Neste contexto, a estrutura de serviços de saúde é resultado, de um lado, da pressão dos trabalhadores por direitos mínimos de cidadania e, de outro, da necessidade de força de trabalho em condições de integrar o processo produtivo.

Mas apesar das conquistas de ampliação da disponibilidade de serviços públicos de saúde o quadro era de desigualdade no acesso de serviços de saúde, seja no modelo das ações coletivas de cunho preventivista no início do século XX, seja no modelo curativo, individual e hospitalar sustentado pela previdência social. Esse modelo assistencial começa a entrar em crise nos anos 70 numa conjuntura de crise econômica e política; cresce a discussão pela busca de reformas nas políticas de saúde (PIRES, 1998).

As manifestações do movimento de Reforma Sanitária Brasileira, intensificadas nas décadas de 70 e 80, e a conquista no plano jurídico-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988, reestruturaram o sistema de saúde brasileiro e instituíram princípios doutrinários e organizativos que legitimaram o conceito ampliado do direito à saúde (CARVALHO; MARTIN; CORDONI Jr, 2001).

A reforma sanitária tem um momento de marco histórico em 1986 com a VIII Conferência Nacional de Saúde que propôs reforma administrativa e a unificação das instituições e serviço de cuidados médicos em um único Ministério da Saúde, responsável pela condução e gestão de toda a política de saúde (ROSA; LABATE, 2005).

Em 1988, a Constituição Brasileira (Brasil, 1988) incorporou mudanças no papel do Estado e alterou profundamente o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde, criando novas relações entre as diferentes esferas de governo, novos papéis entre os atores do setor, dando origem, enfim, ao Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por base os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Dessa forma, para a efetiva implantação do SUS, seguiu-se um processo de elaboração e aprovação à legislação infraconstitucional,

denominada de Leis Orgânicas da Saúde 8.080 (Brasil, 1990a) e 8.142 (Brasil, 1990 b), as quais detalharam princípios, diretrizes gerais e condições para a organização e funcionamento do sistema.

Entretanto, segundo Machado et al. (2007), não pode ser desconsiderado que o processo de implantação do SUS teve que lidar com inúmeras limitações, visto que representava uma proposta de ação renovada em saúde, quando na verdade os profissionais não haviam sido formados em consonância com o modelo de promoção à saúde, como também o gestor deparava-se com inúmeras dúvidas ao tentar-se adequar à estruturação de ações básicas de saúde, sem dispor na ocasião de recursos para esta finalidade.

Nos anos 90 ocorreram grandes mudanças nas políticas de saúde no Brasil, norteadas pela necessidade de rupturas com as formas de organização do sistema de saúde, que teve seu ápice quando, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) apresentou o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia para consolidação do SUS (FUNASA, 1994). A busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico-social, em que o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas (ROSA; LABATE, 2005).

Para Medina e Aquino (2002), o programa tem se constituído num dos pilares desse movimento de mudanças, consolidando-se como política de governo. Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como estratégia que possibilita a integração e promove

a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados (ROSA; LABATE, 2005).

Acredita-se que o PSF não é uma peça isolada do sistema de saúde, mas um componente articulado com todos os níveis, que permite ordenar os encaminhamentos e racionalizar o uso da tecnologia e dos recursos terapêuticos mais caros (Departamento de Atenção Básica, 2000). Pode-se situar, também, uma busca de transição entre o profissional isolado, tanto na sua atuação, como no seu saber para um trabalho em equipe que abre as vertentes do conhecimento e da vinculação social (ROSA; LABATE, 2005).

Constitui-se também em um importante desafio, já que propõe uma ruptura com o modelo assistencial atual e a construção de uma nova prática, com uma nova dimensão ética. Ademais, esse desafio está em curso em um cenário profundamente influenciado pelo modelo biomédico, seja na formação profissional, seja na prática assistencial hegemônica (RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004).

Na área do ensino, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais foram um importante passo para assinalar, como política, a necessidade de produzir mudanças no processo de formação, já que indicam um caminho, flexibilizam as regras para a organização de cursos e favorecem a construção de maiores compromissos da universidade com o SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Aprovadas entre 2001 e 2004, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde (Enfermagem, Medicina, Nutrição, Farmácia, Odontologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Ciências Biológicas, Serviço Social, Biomedicina, Medicina Veterinária, Psicologia e Educação Física) reforçaram a articulação entre a educação superior e os sistemas de saúde para a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção,

prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, afirmaram que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (ALMEIDA, 2003; 2005)

Peduzzi (1998) destaca que o saber enquanto dimensão permite recortar um dado objeto de trabalho e enquanto instrumento permite a intervenção propriamente dita, ou seja, a ação técnica nas várias áreas profissionais da saúde. Cada área constituindo um saber próprio que, tomado em sua especificidade, tem uma conformação histórica e simultânea a um conjunto particular de ações que caracterizam um dado trabalho especializado. O saber constitui uma modalidade de conhecimento que tem sua origem, sobretudo, na experiência prática, amalgamada com conteúdos advindos de conhecimentos científicos e de outros saberes.

Para Pires (1989), o saber é como parte do instrumental que os profissionais de saúde utilizam para atuar sobre o seu objeto de trabalho; portanto, o saber de saúde será apreendido pela análise dos conhecimentos que subsidiam as ações práticas de saúde, e o saber de cada profissão será apreendido pela caracterização dos conhecimentos que subsidiam as atividades especializadas, típicas de cada profissão.

Esta intervenção profissional para além do âmbito individual e clínico faz necessária uma ação multiprofissional na prestação de serviços de saúde (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000). Porém, se por um lado a divisão do trabalho permite o significativo aumento da produtividade dos serviços e o aprofundamento qualitativo dos cuidados especializados, por outro lado acarreta fragmentação de ações.

Na perspectiva até agora assinalada, trabalho em saúde é um processo de transformação no qual o agente, pelas suas ações, faz a finalidade social do próprio trabalho realizar-se. As ações são realizadas com base em um

saber operante e em um dado modelo tecnológico, traduzindo projetos coletivos e individuais, pois o sujeito do trabalho, para além de portador de projetos e valores coletivos e/ou institucionais, tem projetos próprios que lhe permitem construir estratégias de adesão ou recusa aos primeiros (PEDUZZI, 2002).

Para Merhy et al. (2002), o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relação, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados. Portanto, o trabalho em saúde é eminentemente relacional², pois depende de ‘trabalho vivo’ em ato, ou seja, o trabalho no momento em que se está produzindo. Por isso, os autores apresentam uma classificação das tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, como: a) leve: como no caso das tecnologias de relação do tipo produção de vínculo, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho, outros; b) leve/dura: como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o “taylorismo”, e outros; c) dura: como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquina, normas, estruturas organizacionais, e outros.

Contudo, as mudanças observadas no processo de trabalho não chegam a alterar de maneira estrutural o modo de se produzir saúde. A produção do

² O trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente, um pouco semelhante ao trabalho em educação, não podendo, como em outros modelos produtivos (o fabril, por exemplo), ser capturado pelo trabalho morto expresso nos equipamentos ou nos saberes bem estruturados como as tecnologias organizacionais, pois o seu objeto não é plenamente estruturado, e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em ato, operando como tecnologias de relações, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativa na escolha do modo de fazer essa produção (MERHY, 2002b).

cuidado permanece, portanto, centrada nas tecnologias duras e leve/duras, revelando a manutenção e a vigência do modelo médico hegemônico (MERHY, 2002(a); MERHY; FRANCO, 2003).

O modo de produzir e reproduzir a vida material e social, a forma como se realiza o trabalho humano, a construção do conhecimento, os valores e as regras de convivência social são produções humanas resultantes de relações sociais. Para Pires (1998), a introdução de inovações tecnológicas e organizativas no processo de produção não pode ser explicada por um determinismo tecnológico, precisa ser analisada como um fenômeno social que é resultante de relações sociais, do jogo político e da disputa de interesses entre os indivíduos e grupos sociais, de acordo com suas experiências de vida, inserção de classe e características culturais.

Os profissionais de saúde lidam com objetos de trabalho de intensa complexidade dinâmica, à medida que intervêm sobre questões referentes à vida e à morte, recortadas, enquanto objetos de intervenção, como a saúde e a doença no seu âmbito social. Para apreender e transformar esses objetos na esfera do processo de trabalho, torna-se necessário inter-relacionar variados conhecimentos e práticas, num processo que aponta na direção da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade. Segundo Peduzzi (1998), a primeira diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais, portanto ao mundo do trabalho; e a segunda, a integração das várias disciplinas ou áreas do conhecimento, tendo, assim, caráter eminentemente epistemológico, que diz respeito, sobretudo à produção do conhecimento.

As novas formas organizacionais/gerenciais citadas, junto à promoção da garantia de qualidades dos serviços, acrescidas da necessidade e

cobrança de maior produtividade, da crescente incorporação de tecnologia, da constante inovação tecnológica, e da complexidade do objeto de trabalho que requer simultaneamente o aprofundamento vertical do conhecimento especializado e a sua integração, vêm acarretando mudanças no processo de trabalho em saúde. Tais alterações repercutem na prática cotidiana dos profissionais, colocando-os em situações que requerem articular as intervenções e atividades realizadas pelo profissional com as ações dos demais agentes da equipe, destacando o caráter multiprofissional e interdisciplinar da prática; redimensionar a autonomia profissional; e maior qualificação profissional, tanto na dimensão técnica especializada, quanto ético-política, de comunicação e inter-relação (PEDUZZI, 2002).

Ribeiro, Pires e Blank (2004) relatam que é essencial um modelo de organização dos serviços de saúde alicerçado em condições sócio-políticas, materiais e humanas, no sentido dos valores propostos pelo SUS, que viabilize um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem recebe a assistência. No entanto, os profissionais e as instituições necessitam ter clareza das condições vigentes, uma vez que as possibilidades de sucesso e fracasso não são exclusivas de seus desempenhos, mas também de características próprias dos serviços de saúde e das determinações histórico-estruturais.

2.5 TRABALHO EM EQUIPE, TRABALHO MULTIPROFISSIONAL E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

O trabalho em equipe tem sido proposto como relevante nas mudanças do atual processo produtivo flexível. Representa uma proposta assinalada desde os anos 50 no campo da saúde. No Brasil, as equipes de saúde vêm sendo enfatizadas e consideradas como uma importante questão para o setor, sobretudo a partir dos anos 70, com a introdução das propostas da medicina comunitária e preventiva (PEDUZZI, 2002).

A concepção de trabalho em equipe está vinculada à de processo de trabalho e vem, portanto, sofrendo transformações ao longo do tempo. Historicamente, surge da necessidade do homem de somar esforços para alcançar objetivos de forma mais fácil e de atender às exigências do processo de produção moderno. Os novos modelos de organização da assistência buscam estimular a construção de equipes, ao permitirem a recomposição dos meios de trabalho, a reestruturação das atividades dos agentes e a redefinição das relações sociais e técnicas sob as quais se realizam os trabalhos (PIANCASTELLI; FARIA; SILVEIRA, 2000).

Assim, diante da diversidade das concepções de trabalho em equipe, observa-se a distinção entre as duas noções que recobrem a idéia de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração entre relações e práticas (Quadro 2). Segundo Peduzzi (1998; 2001), a primeira é caracterizada pela fragmentação das ações e a segunda, pela construção de possibilidades de recomposição. Esta última estaria consoante com a proposta da integralidade das

ações de saúde e a necessidade contemporânea de recomposição dos saberes e trabalhos especializados.

Quadro 2: Critérios de reconhecimento da modalidade de trabalho em equipe: integração ou agrupamento.

| PARÂMETROS | TIPOLOGIA | |
|---|-------------------|--------------------|
| | EQUIPE INTEGRAÇÃO | EQUIPE AGRUPAMENTO |
| Comunicação externa ao trabalho | | X |
| Comunicação estritamente pessoal | | X |
| Comunicação intrínseca ao trabalho | X | |
| Projeto assistencial comum | X | |
| Diferenças técnicas entre trabalhos especializados | X | X |
| Arguição da desigualdade dos trabalhos especializados | X | |
| Especificidades dos trabalhos especializados | X | X |
| Flexibilidade da divisão do trabalho | X | |
| Autonomia técnica de caráter independente | X | |
| Autonomia técnica plena | | X |
| Ausência de autonomia técnica | | X |

Fonte: PEDUZZI, 2001.

Em ambas estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e do valor atribuído a esses distintos trabalhos, operando a passagem da especialidade técnica para a hierarquia de trabalhos, o que torna a recomposição e a integração diversas do somatório técnico. Também, em ambas, estão presentes tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto a independências dos trabalhos especializados ou a sua complementaridade objetiva (PEDUZZI, 2001).

Um elemento de forte consenso entre os autores está no fato de que o trabalho em equipe implica o compartilhar do planejamento, a divisão de tarefas, a cooperação e a colaboração. A interação democrática entre diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades representa a possibilidade do novo no trabalho em equipe (FEUERWERKER; SENA, 1999).

Para Piancastelli; Faria e Silveira (2000) a dificuldade do trabalho em equipe está relacionada com as diferentes concepções sobre o conceito de equipe. Dentre essas, observam-se as definições: a equipe como um conjunto ou grupo de pessoas que desempenham uma tarefa ou trabalho, não importando, nesse caso, os

objetivos e as relações interpessoais; ou a equipe como um grupo de pessoas que tem um objetivo comum. Sendo, nesse caso, fundamental que tenha o mesmo objetivo, não importando como cada um pretenda alcançá-lo; ou a equipe como um conjunto de pessoas que, além de um objetivo comum, pretendem alcançá-lo de forma compartilhada; ou refere-se ainda à equipe como um conjunto ou grupo de pessoas cujo objetivo é resultante da negociação/discussão entre todos os membros do grupo. E por fim com o conceito que considera equipe como um grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras e pelo objetivo comum, obtido por meio da negociação entre os atores sociais envolvidos no plano de trabalho.

Um grupo é constituído por um conjunto de pessoas que se reúnem em um determinado espaço de tempo e lugar, tendo um objetivo em comum. Contudo, essa representação deixa de contemplar algo que é essencial na constituição de um grupo, que é o que o diferencia de uma serialidade, no sentido de que cada indivíduo numa série seria equivalente ao outro e sem diferenciação. Numa série pressupõe-se uma não-relação entre as pessoas, um não-vínculo. Ciampone e Peduzzi (2000) adotam a concepção de grupo advinda da psicologia social, na qual o que diferencia um grupo de uma série é justamente “estar em interação e partilhar normas na realização de uma tarefa”.

As relações intersubjetivas no campo grupal são dirigidas e se estabelecem sobre a base de necessidades, que é o fundamento motivacional do vínculo. Todo vínculo implica a existência de um emissor, um receptor, uma codificação e decodificação de mensagens, isto é, pressupõe um processo de comunicação entre os integrantes. Nesse interatuar dá-se a internalização dessa estrutura relacional, que adquire uma dimensão intra-subjetiva que se constitui no

vínculo. Isto posto, postula-se que em um grupo existe a alteridade, ou seja, aceitação do outro enquanto sujeito pensante e autônomo, por cada um dos atores sociais que mantêm entre si vínculos e relações afetivas de diversas naturezas (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).

Deve-se considerar ainda que uma equipe é composta por pessoas que trazem especificidades próprias, como: gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e capacitação, visão de mundo, diferenças salariais e, por fim, interesses próprios. Essas diferenças exercem influência sobre esse processo de trabalho, uma vez que estão presentes no agir de cada profissional, mas não inviabilizam o exercício da equipe. A mudança nas relações de trabalho não acontecerá de maneira rápida; os profissionais que compõem as equipes vêm de uma prática na qual predomina o poder do nível superior sobre o nível médio, da categoria médica sobre as demais. Nesse contexto, relações de poder hierarquizadas, estabelecidas entre os profissionais, configuram elementos que fortalecem a situação de status de algumas profissões sobre outras, garantindo posições de liderança na equipe (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

O trabalho é permeado pela comunicação e interação dos agentes, segundo estudo desenvolvido por Peduzzi (1998); é justamente a relação recíproca entre estas duas dimensões complementares (interação e comunicação) que caracteriza o trabalho em equipe. Assim, o trabalho em equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais faz parte do exercício cotidiano do trabalho e os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da mediação simbólica da linguagem.

Na proposta da Saúde da Família, o trabalho em equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do

exercício cotidiano do trabalho, no qual os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da linguagem (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Neste caso, é importante diferenciar trabalho multiprofissional de trabalho em equipe. No primeiro caso existe uma interação entre os vários conhecimentos técnicos específicos com a produção de uma solução/proposta de intervenção que não seria produzida por nenhum dos profissionais isoladamente. O trabalho em equipe é fundamental e implica no compartilhar do planejamento, na divisão de tarefas, na cooperação e na colaboração, mas pode (e deve) acontecer entre profissionais de uma mesma disciplina, entre profissionais de uma mesma carreira e também dentro de uma equipe multiprofissional. No entanto, não implica necessariamente construção de um novo saber ou de uma nova prática. O que cria a possibilidade do novo é a interação democrática entre diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades (FEUERWERKER; SENA, 1999).

2.5.1 Interação e Comunicação entre os Agentes do Trabalho

A integração da equipe demanda, simultaneamente, preservar as diferentes técnicas e flexibilizar as fronteiras entre as áreas profissionais. A complexa conjugação entre especificidade, flexibilidade e articulação torna-se ainda mais desafiadora à medida que, para além das diferenças técnicas entre as distintas áreas profissionais, expressa desigualdade entre os trabalhos especializados. Ou seja, evidencia a existência de valores sociais hierarquizando e disciplinando

relações de subordinação entre as diferentes áreas de trabalho e seus respectivos agentes (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).

Nesse quadro interpretativo, que pressupõe a relação recíproca entre trabalho e interação, tem-se, (a) da perspectiva do trabalho, o destaque para o âmbito da atividade ou intervenção técnica, e (b) da perspectiva da interação, o destaque para a intersubjetividade que pode ocorrer nos termos do agir-comunicativo, tal como analisado por Habermas (2003). Entende-se que é por meio dessa prática comunicativa, caracterizada pela busca de consensos, que os profissionais podem argüir mutuamente o trabalho cotidiano executado e construir um projeto comum pertinente às necessidades de saúde dos usuários, além de reiterar o projeto técnico já dado, no que se fizer necessário (PEDUZZI, 2001).

A interação refere-se ao agir-comunicativo simbolicamente mediado e orientado por normas de vigência obrigatória, que definem as expectativas recíprocas de comportamento e que têm de ser entendidas e reconhecidas por, pelo menos, dois sujeitos. Portanto, é regida por normas consensuais e funda-se na intersubjetividade do entendimento e do reconhecimento mútuo, livre de coação interna ou externa. Habermas (2003) chama de agir-comunicativo às interações nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenar seus planos de ação. Pode-se medir o acordo alcançado, em cada caso, pelo reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade, implícitas em qualquer ato de fala.

A ação comunicativa mediada pela linguagem produz um movimento pelo qual o sujeito que fala, ao comunicar-se com um outro que ouve, expressa aquilo que está pensando. O acordo não pode ser imposto à outra parte, não pode ser extorquido ao adversário por meio de manipulações. O que advém de manifestações externas não pode ser tido como acordo. Habermas (2003) também

destaca que, quando o sujeito profere verbalmente algo dentro de um contexto cotidiano, ele está se referindo a coisas inter-relacionadas nos três mundos; assim, a linguagem preenche a tríplice função de: reprodução da cultura ou preservações de tradições; integração social ou coordenação dos planos de diferentes atores na integração social - é nessa função da linguagem que se dá o desenvolvimento da teoria do agir-comunicativo e a função de socialização da interpretação cultural das necessidades.

Dessa forma, a interação refere-se a uma ação comunicativa, quando os atores harmonizam seus planos de ação e são guiados por normas de vigência obrigatória, ou por meio da negociação sobre a situação ou conseqüências esperadas. Pela capacidade de agir em vista de um objetivo ou do interesse da execução de planos de ação, os sujeitos buscam acordos para entendimento mútuo: nesse processo, estão excluídas a imposição, a coerção e a extorsão (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Segundo Schraiber et al. (1999), a articulação é resultante da intervenção ativa de cada agente dos distintos trabalhos envolvidos em dada produção de cuidados, no intuito de lidar com as conexões existentes, do ponto de vista objetivo formal, entre as ações ou trabalhos especializados. A interação como a ação comunicativa consiste, por parte de todos os envolvidos, na busca do entendimento e do reconhecimento recíproco de autoridades, saberes e autonomias técnicas. Quanto à articulação das ações, trata-se de conectar diferentes processos de trabalho, visto que cada trabalho especializado constitui um processo peculiar com objetos, instrumentos e atividades próprias. A atividade ou ação profissional consiste no que pode ser observado concretamente do trabalho de cada agente, no entanto, expressa a lógica interna do respectivo processo de trabalho, ou seja, como

já mencionado, certa relação entre o objeto sobre o qual incide a atividade e no qual o saber técnico instrumentaliza a ação para certo resultado ou produto.

A articulação das ações, a coordenação, a integração dos saberes e a interação dos agentes ocorrem por meio da mediação simbólica da linguagem. Portanto, a comunicação entre os profissionais é o denominador comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação.

Essa comunicação manifesta-se, segundo Peduzzi (2001), de três diferentes formas: a comunicação aparece externa ao trabalho, embora esperada, não é exercida, ou é exercida apenas como instrumentalização da técnica. Nessa situação, observa-se, por um lado, o padrão restrito de comunicação entre os profissionais, e, por outro, a comunicação ocorre como recurso de otimização da técnica. Em ambas, os agentes experimentam tensão entre o comunicativo e o instrumental, não havendo agir-comunicativo.

Outra forma é aquela em que ocorre a comunicação estritamente de caráter pessoal. Os agentes dão destaque à dimensão das relações pessoais baseadas no sentimento de amizade e camaradagem e operam sobreposição das dimensões pessoal e tecnológica. A dimensão de sujeito parece ser plena quando, de fato, havendo sobreposição completa entre o agente técnico e o trabalho, ocorre redução da interação, com o que se reduz a noção de trabalho em equipe na mesma direção: a das boas relações interpessoais, independentemente da reiteração das relações hierárquicas de subordinação. Não há, nesse caso, igualmente, agir-comunicativo, embora haja certa forma de comunicação.

A terceira expressão é aquela em que a comunicação é concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe. Os agentes destacam como característica do trabalho em equipe a elaboração conjunta de linguagens

comuns, objetivos comuns, propostas comuns ou, mesmo, cultura comum. Enfim, destacam a elaboração de um projeto assistencial comum, construído por meio da intrincada relação entre execução de intervenções técnicas e comunicação dos profissionais. Trata-se da perspectiva do agir-comunicativo no interior da técnica, o que, dada à hegemonia instrumental do agir-técnico, também acaba por gerar tensões (PEDUZZI, 2001).

A possível cisão ou tensão entre trabalho e comunicação dos agentes decorre do caráter distinto do agir-instrumental e do agir-comunicativo, pois o primeiro visa a um dado fim *a priori* e o outro busca o entendimento e o reconhecimento mútuos. Pode-se dizer que a prática comunicativa é uma situação em que as mediações são o próprio fim, ou seja, a finalidade é interagir e, nesse processo, construir consensos pertinentes a cada contexto, ao passo que no agir-instrumental busca-se certo resultado independente das vicissitudes do percurso. É por isso que será um agir-comunicativo e técnico aquele em que o fim é definido e alcançado por um processo participativo e de intervenção (ibid).

Nas relações orientadas para o entendimento mútuo, o ser humano é visto como pessoa capaz de estabelecer relações e cujo modo de agir está orientado para a comunicação, interação e participação, tendo como principal motivação a solidariedade e o sentido comunitário. Portanto, a teoria da ação comunicativa representa a possibilidade de construção de um novo e democrático agir nas práticas de saúde, buscando uma compreensão do mundo no qual a teoria e a prática estariam interligadas, por meio de ações concretas numa dinâmica de interação entre os atores envolvidos (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

2.5.2 Cooperação e Autonomia

Como sujeitos do processo de trabalho, os profissionais exercem autonomia técnica. A utilização do conceito de autonomia técnica na análise do trabalho em saúde procede à medida que não é possível desenhar um projeto assistencial que já seja definitivo e único antes de sua implementação (PEDUZZI, 2001).

A cooperação diz respeito à articulação dos integrantes da equipe, de seus saberes, e de seus fazeres, para a execução da tarefa a que esse grupo se propõe. O par “oposto” da cooperação é a competição. Nos momentos de muita competição, a cooperação tende a ser quase ausente e vice-versa (FORTUNA et al., 2005).

A articulação almejada e necessária para a integralidade das ações de saúde pressupõe a atuação consciente de sujeitos dispostos a integração. Esta não ocorre automaticamente na sucessão de atividades e intervenções produzidas pelos vários profissionais, mas depende de conexões percebidas e introduzidas ativa e conscientemente pelos sujeitos do trabalho (PEDUZZI, 2002).

No trabalho em saúde, segundo Peduzzi (2002), a autonomia técnica é tensionada, pois, por um lado, o profissional especializado não pode prescindir de certo espaço de liberdade para a tomada de decisão e, por outro, por ser especializado, não domina a integralidade do projeto de trabalho (assistencial, de produção tecnológica ou de pesquisa), não podendo prescindir da complementaridade objetiva de ações e atividades planejadas e executadas por outros profissionais. Este tensionamento enfrenta também as peculiaridades de

linguagem de cada especialidade, muitas vezes parecendo herméticas aos não-iniciados e dificultando a comunicação e inter-relação imprescindível à cooperação. Trata-se de um exercício de mão-dupla, em que o profissional precisa saber exercer certo grau de autonomia e responsabilizar-se plenamente pela sua intervenção e, simultaneamente, articular suas ações e interagir com os demais trabalhos.

Segundo SCHRAIBER (1995a), a autonomia profissional tem dupla-conotação: de um lado, quando a intervenção se vale da normatividade biológica dos fenômenos vitais, transparece uma independência em relação à normatividade social, que faz destacar uma essência técnica e neutra do ato profissional relativamente ao ato social; de outro lado, transparece uma independência inversa em relação ao técnico científico, quando, no momento da realização dessa essência técnica, o ato profissional dirige-se e incide sobre um indivíduo singular (o usuário). Portanto, a autonomia técnica está relacionada à complexidade do trabalho e a algum grau de incerteza, e realiza-se por intermédio da qualificação intelectual dos agentes e do espaço decisório implícito às ações de saúde.

A autonomia não é um atributo absoluto, uma vez que, além de imperativo técnico também reflete a dimensão social do modo de inserção dos agentes na organização dos serviços e nos processos de trabalho. À medida que ambas as dimensões, técnica e social mudam, também se reestrutura a autonomia profissional. Peduzzi (1998) ressalta que as variadas autonomias dirão respeito a maior ou menor autoridade técnica, socialmente legitimada e não apenas tecnicamente estabelecida, das distintas áreas profissionais e da correlata amplitude da dimensão intelectual do trabalho.

Peduzzi (2001) destaca três concepções distintas quanto à autonomia técnica: na primeira, o profissional trabalha com a noção de autonomia

plena, buscando alcançar o mais amplo espectro de independência na execução de suas intervenções; na segunda, ignora o âmbito de autonomia no qual realiza seu trabalho; e, na terceira, apreende o caráter interdependente da autonomia técnica do conjunto dos agentes. A autonomia profissional pode ser interdependente em relação ao julgamento e à tomada de decisão de outro agente, dada a complementaridade dos trabalhos especializados. Foi referido, anteriormente, que a autonomia é necessária no trabalho em saúde para o conjunto dos trabalhos especializados, e que sua abrangência difere dependendo da legitimidade técnica e social do saber operante que fundamenta a ação. No entanto, manifesta-se de maneira distinta nos dois tipos de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração entre relações e práticas. Observou-se que no trabalho em equipe do tipo integração há complementaridade e colaboração no exercício da autonomia técnica e não há independência dos projetos de ação de cada agente. No trabalho em equipe do tipo agrupamento, a complementaridade objetiva dos trabalhos especializados convive com a independência do projeto assistencial de cada área profissional ou mesmo de cada agente, o que expressa a concepção de autonomia técnica plena dos agentes.

2.6 INTERDISCIPLINARIDADE E SAÚDE

Diante da situação de crise, no setor saúde no Brasil ao longo dos anos, têm sido propostos novos modelos assistenciais com uma forte tendência de organizar as práticas de saúde no trabalho interdisciplinar, com o objetivo de atender

em quantidade e qualidade e de forma equânime as demandas da população (ARAÚJO; ROCHA, 2007) e têm suscitado debates sobre novos paradigmas e novos conhecimentos em busca de sistematização.

A interdisciplinaridade não é uma perspectiva inteiramente nova diante da construção do conhecimento. Contudo, a partir do século XIX, com o avanço da ciência como expressão máxima da racionalidade humana, há também um processo crescente de disciplinarização, desdobrando-se na constituição de áreas hiper-especializadas e conseqüentemente um grande recuo desta proposta interdisciplinar. O positivismo torna-se hegemônico enquanto paradigma do saber no mundo moderno e as disciplinas começaram a se afirmar de forma isolada. Assim, a interdisciplinaridade, enquanto uma proposição do conceber e fazer ciência somente ressurge no século XX, no final da década de 50, quando se coloca mais claramente em discussão a necessidade de uma proposta epistemológica de caráter interdisciplinar (GOMES; DESLANDES, 1994).

O setor saúde tem de responder a uma pluralidade de necessidades, ou seja, às demandas por intervenções tecnológicas de alta complexidade e especialidade que se dão nos hospitais de atendimento terciário e também têm de atuar nos espaços onde as pessoas vivem, e proporcionar uma vida saudável. Um novo modelo assistencial vem se delineando, tendo por foco de atenção a família, considerando o meio ambiente, o estilo de vida e a promoção da saúde como seus fundamentos básicos. Em decorrência disso e das questões relativas ao custo, eficácia, eficiência e cobertura dos diversos segmentos coletivos, surge a necessidade de mudanças na capacitação e formação de recursos humanos em saúde (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Na atualidade, os esforços integrados entre Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação e Cultura (MEC) dizem respeito às políticas públicas que focalizam a reorientação do modelo assistencial, conforme preconizado pela Reforma Sanitária. A consolidação do SUS depende tanto do sucesso de estratégias como o PSF e da implementação de processos de Educação Permanente (EP), de competência do MS, quanto da revitalização dos Projetos Pedagógicos (PP) dos cursos de graduação, incorporando as premissas da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), conforme estabelecem as Diretrizes Curriculares (DC), atribuições da alçada do MEC (SAUPE et al., 2005).

Assim, a definição de modelos multiprofissionais impõe a incorporação do enfoque interdisciplinar, que orienta a organização do processo de trabalho com exigência de contínua incorporação de conteúdo e ao mesmo tempo o trabalho, com base na solução de problemas. Para Sena-Chompré e Egry (1998), pensar no trabalho multiprofissional é pensar na ruptura da organização do trabalho baseado nas instituições de serviço de saúde, tornando-se necessário ampliar a visão e olhar a realidade com um novo arsenal de conhecimentos.

As autoras relatam, ainda, que essa modalidade de trabalho permite uma aproximação conceitual e operacional do novo paradigma do processo saúde/doença e exige uma compreensão de que os instrumentos de trabalho devem ser diferentemente denominados e utilizados pelos profissionais de saúde. Na multiprofissionalidade, o sujeito enquanto profissional adquire uma nova importância; o processo valoriza a especificidade de cada um dos profissionais ao mesmo tempo em que impõe a busca da unidade sobre a qual se propõe trabalhar. O trabalho com enfoque interdisciplinar e organizado de forma multiprofissional rompe com

dicotomias anacrônicas, tais como a divisão entre o pensar e o fazer, planejar antes e avaliar no final, saúde e doença, e entre o modelo especialista e generalista.

Peduzzi (2002) propõe uma distinção clara entre interdisciplinaridade e multiprofissionalidade. O primeiro refere-se à integração das várias ciências e disciplinas, tendo um caráter eminentemente epistemológico e filosófico, apesar de fazer-se presente também no trabalho, uma vez que engloba saberes fundados cientificamente ou saberes constituídos eles próprios por diversas disciplinas científicas. O segundo refere-se à integração das distintas categorias profissionais na operação concreta do trabalho.

Têm-se, portanto, dois planos de mediações que serão realizadas pelos profissionais no trabalho em saúde. Por um lado, as mediações entre as disciplinas, ou seja, refere-se à organização do conteúdo. Por outro, as mediações no plano do trabalho propriamente dito, onde, por meio dos saberes operantes, os agentes articulam instrumentos e atividades na transformação do objeto de intervenção, ou seja, refere-se à organização do processo de trabalho (SENA-CHOMPRÉ; EGRY, 1998).

Peduzzi (1998) observa que a interdisciplinaridade diz respeito à produção do conhecimento. É a integração de várias disciplinas e áreas do conhecimento. A multiprofissionalidade diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais. O trabalho em equipe na saúde da família requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a atenção primária, a qual toma a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social, bem como a promoção da saúde, e prevenção e reabilitação, trazendo a intersetorialidade como parceira na resolutividade dos problemas de saúde.

O desafio da interdisciplinaridade e da multiprofissionalidade vai muito além da construção de modelos pedagógicos, pressupõe uma visão de mundo na qual se constroem as relações democráticas, da redefinição de papéis dos sujeitos-cidadãos e da autodeterminação na busca de solução de problemas com base na ação intersetorial. Todo processo de mudança, segundo Sena-Chompré e Egry (1998), exige a incorporação de diferentes conteúdos temáticos e metodologias de ensino, e fundamentalmente de reorganização do processo de trabalho e também um programa sistematizado de educação permanente para todos os sujeitos envolvidos nos processos educativos e assistenciais.

A disciplinaridade e seus correlatos, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade, metadisciplinaridade e transdisciplinaridade, estão em evidência. As disciplinas isoladamente não dão conta de produzir as respostas necessárias a um mundo que é composto de uma multiplicidade de fatores que não são mutuamente excludentes e sim explicados uns em relação aos outros. O mundo não é feito de coisas isoladas, existe uma complementariedade de dimensões. A compreensão desse mundo exige uma visão da realidade que transcenda os limites disciplinares (FEUERWERKER; SENA-CHOMPRÉ, 1999).

Segundo Japiassu (1976), é necessário precisar o sentido da disciplinaridade, examinando, em primeiro lugar, o que vem a ser uma disciplina. Para o autor, é necessário que se busquem algumas precisões de ordem epistemológica em relação aos dois termos para que se possa chegar a uma diferenciação dos diversos tipos ou modalidades de disciplinaridade. Nessa perspectiva, disciplina terá o mesmo sentido que ciência. Disciplinaridade significará, então, a exploração científica e especializada de determinado domínio homogêneo

de estudo. O que permite evocar um conjunto sistemático e organizado de conhecimentos com características próprias em seus planos de ensino, de formação, dos métodos e das matérias, mas é preciso lembrar que toda ciência é uma disciplina, mas nem toda disciplina é uma ciência. E uma disciplina sempre depende da interação com outras diferentes disciplinas. Assim, é preciso estabelecer níveis de agrupamento para as disciplinas em contato.

O primeiro nível é o da multidisciplinaridade: evoca uma gama de disciplinas propostas simultaneamente, mas sem fazer aparecer diretamente as relações que podem existir entre elas. É um tipo de sistema de um só nível e de objetivos múltiplos; não há nenhuma cooperação entre as disciplinas (JAPIASSU, 1976; VILELA; MENDES, 2003). Quando por exemplo em um hospital vários profissionais estão reunidos, mas trabalham isoladamente. O paciente é atendido pelo médico oncologista, o bioquímico faz a contagem de linfócitos e a enfermeira realiza a quimioterapia, ocorrendo assim uma ausência de relação. O fato é que os profissionais, nesse caso, estão inseridos em um esquema automático, o qual não gera espaço para uma articulação como em outras modalidades da disciplinaridade (IRIBARRY, 2003).

O segundo nível é a pluridisciplinaridade: a justaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo que apareçam as relações existentes entre elas. É um tipo de sistema de um só nível e de objetivos múltiplos; há cooperação, mas sem coordenação (JAPIASSU, 1976; VILELA; MENDES, 2003). Quando, por exemplo, um paciente procura atendimento psiquiátrico e, após receber orientação e prescrição psicofarmacológica, é encaminhado, pelo próprio psiquiatra, a um psicólogo para um

trabalho de psicoterapia. Os profissionais cooperam, mas não se articulam necessariamente de maneira coordenada (IRIBARRY, 2003).

Na interdisciplinaridade, a descrição geral envolve uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas e definidas em um nível hierárquico imediatamente superior, o que introduz a noção de finalidade. É um tipo de sistema de dois níveis e de objetivos múltiplos com a coordenação procedendo de nível superior (JAPIASSU, 1976; VILELA; MENDES, 2003). Pode-se pensar no exemplo de uma equipe para atendimento ambulatorial de gestantes adolescentes de baixa renda. A equipe é formada por um médico pediatra, um médico psiquiatra, um psicólogo, um assistente social, uma psicopedagoga, uma enfermeira e uma secretária. Todavia, o que prevalece é o saber médico, cabendo a coordenação e a tomada de decisão aos profissionais da área médica (IRIBARRY, 2003).

Na transdisciplinaridade, a descrição geral envolve uma coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas em um sistema de ensino inovado, sobre a base de uma axiomática geral. É um tipo de sistema de níveis e objetivos múltiplos. A coordenação propõe uma finalidade comum dos sistemas; a cooperação é tal que se fala no aparecimento de uma nova macrodisciplina (JAPIASSU, 1976; VILELA; MENDES, 2003). Numa equipe de posto de saúde, por exemplo, encontram-se diversos profissionais reunidos, como psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, fonaudiólogos, fisioterapeutas, neurologistas, clínicos gerais, etc. Quando o paciente chega para uma avaliação, todos irão assisti-lo e buscarão formular um diagnóstico acerca do caso. Para que esse diagnóstico seja dado em situação de transdisciplinaridade não basta apenas que cada profissional opine com base em sua área e, finalmente, um tratamento seja indicado. Para que a configuração transdisciplinar seja alcançada, é preciso que esses profissionais,

fundamentalmente, estejam reciprocamente situados em sua área de origem e na área de cada um dos colegas (IRIBARRY, 2003).

Transcender as disciplinas não significa negá-las, ao contrário, reconhece a necessidade e importância da especialização. Postula a abertura do especialista ao todo que o envolve e a dialogicidade com outras formas de conhecimento e de visões do real, visando à complementaridade. Postula-se também a motivação e disponibilidade para o imprescindível atuar em equipe, o desafio da convivência com a diversidade (NAKAMA, 1999).

Para Vilela e Mendes (2003), os campos disciplinares não são estruturas, mas sim instituídos por uma práxis. A produção organizada do conhecimento científico se realiza em uma complexa rede institucional operada por agentes históricos concretos, ligada estreitamente por agentes sóciopolíticos. Desse modo, não são os campos disciplinares que interagem entre si, mas os sujeitos na prática científica cotidiana.

Independente da modalidade: pluri, multi, inter ou transdisciplinar, ou ainda multiprofissional, é a reunião de diversos profissionais em um trabalho integrado de equipe.

Disciplinaridade, portanto, é um conceito que se aplica às ciências, à produção do conhecimento e ao ensino. Se as pesquisas, para produzirem as respostas necessárias, têm que ser construídas disciplinarmente, o mesmo deve se aplicar ao processo de ensino/aprendizagem. O processo de formação de pessoas capazes de enfrentar os problemas da realidade implica numa ação educativa dinâmica e dialética visando desenvolver capacidade cognitiva, habilidades e atitudes que os faça conscientes da realidade humana e social, capazes de produzir transformações (FEUERWERKER; SENA-CHOMPRÉ, 1999).

2.7 INTEGRALIDADE: PRINCÍPIO ARTICULADOR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A integralidade da atenção se apresenta como um importante dispositivo instituinte do processo de trabalho em saúde, com vista em uma produção do cuidado eficaz, humanizada e, portanto, efetivamente centrada nas necessidades dos usuários individuais e coletivos dos serviços de saúde (SILVA; TAVARES, 2004).

Uma política do SUS para a mudança da formação deve necessariamente ter em conta todos os elementos que são indispensáveis para garantir o perfil de competências profissionais necessário à consolidação do sistema de saúde. A integralidade é tomada como eixo para propor e apoiar as necessárias mudanças na formação de profissionais, já que implica uma compreensão ampliada da saúde, a articulação de saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares e a alteridade com os usuários para a inovação das práticas em todos os cenários de atenção à saúde e de gestão setorial. São muitas as conquistas do ponto de vista do compromisso social construído, da democratização das estruturas do Estado, do acesso ampliado às ações e aos serviços de caráter não-hospitalar e mais próximo dos territórios de moradia das pessoas e famílias (a atenção básica à saúde). No entanto, é ainda longo o caminho a percorrer para se chegar a um sistema capaz de garantir à população a oferta de atenção integral e de elevada qualidade assistencial (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Antes da institucionalização do SUS, o acesso aos serviços e às ações de saúde só estava garantido aos contribuintes do sistema previdenciário.

Neste sentido, a Constituição Federal assegura legalmente a atenção à saúde como direito de cidadania a todo o povo brasileiro. Em consonância com o princípio da universalidade do acesso, o texto constitucional aponta para a organização do sistema de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (SILVA; LIMA, 2005).

Assim, a luta pela reforma sanitária foi responsável pela criação do SUS como um processo social e político que requer um ambiente democrático para a sua construção na arena sanitária, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Embasado a partir de uma dimensão ideológica, é alicerçado em uma concepção ampliada do cuidado em saúde do indivíduo, família e comunidade (MENDES, 1999).

Em contraposição ao antigo sistema de saúde - no qual existiam a dicotomia entre ações e serviços preventivos de cunho coletivo que eram realizados pelo MS, e as ações e serviços assistenciais de cunho individual, que eram implementados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), no intermédio do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INAMPS) - o SUS deve combinar de forma harmônica e igualitária a cobertura desses serviços à totalidade da população, na direção da superação de tal dicotomia. Então, do ponto de vista jurídico-institucional, a integralidade é definida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos nos diversos níveis de complexidade do sistema (SILVA; TAVARES, 2004; SILVA; LIMA, 2005).

Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, Machado et al. (2007) destacam que é preciso exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde. É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não-formais que contribuam para as ações de promoção de saúde no plano individual e coletivo.

Feuerwerker (2002) destaca que a possibilidade de atenção integral implica ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações. A autora destaca ainda que a atenção integral implica mudanças nas relações de poder entre os profissionais de saúde e entre profissionais de saúde e usuários.

É nesse nível que uma nova visão das práticas de saúde voltadas para essa formação centrada na atenção à saúde vem ganhando destaque para concretização da integralidade no cuidado, considerando o leque de competências exigidas no processo de trabalho em saúde, o que requer uma visão voltada para a construção de projetos coletivos. A idéia de cuidado integrado em saúde compreende um saber fazer de profissionais, docentes, gestores e usuários/pacientes co-responsáveis pela produção da saúde (MACHADO et al., 2007).

Para Machado et al. (2007), a integralidade não é apenas uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) definida constitucionalmente. A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas

as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios. O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, prolonga-se pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional.

Motta e Aguiar (2007) destacam que a atenção integral à saúde só é alcançável quando o trabalho se articula quebrando a fragmentação entre os saberes e práticas. Neste caso, os profissionais realizam intervenções de suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos.

O primeiro desafio na busca do atendimento integral é reestruturar a forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde trabalham ainda até os dias de hoje (CAMPOS, 2003).

Como os problemas de saúde são complexos, requerem para o seu enfrentamento, segundo Merhy e Franco (2003), a utilização de múltiplos saberes e múltiplas práticas e o trabalho em equipe multiprofissional, no sentido da mudança do foco dos serviços e das ações de saúde para as necessidades individuais e coletivas dos usuários, para o cuidado, para a produção de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização entre os trabalhadores e esses usuários.

Para que uma nova prática, coerente com os princípios defendidos pelo SUS, aconteça efetivamente, são necessárias transformações no âmbito da formação profissional em saúde, pois não é possível fazer avançar o SUS com a reprodução de práticas alienantes e descompromissadas com a integralidade da atenção (SILVA; TAVARES, 2004).

A integralidade é o eixo organizativo de práticas de gestão das ações, que têm na garantia do acesso aos níveis de atenção mais complexos seu principal desafio. Este desafio requer uma ação social e comum, levantando-se da interação democrática entre agentes em suas práticas diárias de saúde em níveis diferentes da atenção (PINHEIRO, FERLA, SILVA JÚNIOR, 2007).

A garantia do princípio da integralidade, em suma, implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. Indivíduos e coletividades devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano. Esse princípio, portanto, não exclui nenhuma das possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos. Para se alcançar a integralidade no sistema de saúde faz-se necessário que os gestores municipais, estaduais e federais passem a dar prioridade a este princípio (CAMPOS, 2003).

Silva e Tavares (2004) destacam ainda que a interlocução entre instituições e atores sociais, tendo em vista o processo de responsabilização e comunicação dialógica, é a chave para a integração das ações, constituindo uma estratégia para diminuir as fronteiras atuais entre trabalho/ensino/serviço/sociedade, tornando-as mais permeáveis aos valores democráticos e emancipatórios. Assim, busca-se construir, no âmbito do SUS, uma práxis pedagógica que seja capaz de explicitar a complexidade do processo de trabalho em saúde, que objetive romper com as perspectivas instrumental, fragmentária e produtivista que caracterizam a atual formação profissional.

2.8 GESTÃO DO TRABALHO NO SUS E A EDUCAÇÃO PERMANENTE

A reorganização dos serviços é uma das estratégias para viabilizar ações de promoção da saúde, assim como as mudanças na formação e nas atitudes dos profissionais são requisitos para que as necessidades do indivíduo sejam vistas de uma forma integral. Em todas essas estratégias, a educação em saúde torna-se uma ação fundamental para garantir a promoção, a qualidade de vida e a saúde (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

A formação profissional tradicional, no modelo voltado para a qualificação, objetiva disciplinar o trabalhador e ensinar-lhe um ofício. Nesta, o nível de escolaridade relaciona-se ao nível da complexidade necessária para o exercício profissional, correlacionando-se com a posição do treinando na hierarquia social. Os diplomas atestariam a qualificação profissional, isto é, a capacidade de desempenhar um papel, bem como, em geral, a inserção de classe de seu portador. Com as mudanças no mundo do trabalho que valorizam a subjetividade e o saber tácito, a qualificação real passa a se contrapor à formal (MOTTA E AGUIAR, 2007).

Feuerwerker (2001) destaca que existe quase uma exigência social para que se mude o processo de formação, a fim de produzir profissionais diferentes, com formação geral, capazes de prestar uma atenção integral e humanizada às pessoas. Tais profissionais devem ser capazes de trabalhar em equipe e tomar decisões considerando não somente a situação clínica individual, mas o contexto em que vivem os pacientes, os recursos disponíveis e as medidas mais eficazes.

O modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem da clínica no hospital universitário, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a precoce especialização, perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde. Na abordagem clássica da formação em saúde, o ensino é tecnicista e preocupado com a sofisticação dos procedimentos e do conhecimento dos equipamentos auxiliares do diagnóstico, tratamento e cuidado, planejado segundo o referencial técnico-científico acumulado pelos docentes em suas respectivas áreas de especialidade ou dedicação profissional. A perspectiva tradicional do ensino na educação superior desconhece as estratégias didático-pedagógicas ou modos de ensinar problematizadores, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes, ignorando a acumulação existente na educação relativamente à construção das aprendizagens e acerca da produção e circulação de saberes na contemporaneidade (FEUERWERKER, 2002).

A construção de um novo modelo pedagógico deve ter como perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social, como princípios que devam nortear o movimento de mudança, que deve estar sustentado na integração curricular, em modelos pedagógicos mais interativos, na adoção de metodologias de ensino/aprendizagem centradas no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador do processo de construção de conhecimento (CAMPOS et al., 2001).

A mobilização do setor da saúde para a definição das diretrizes curriculares nacionais correspondeu à preocupação com a consolidação do SUS, mas também correspondeu ao esforço intelectual de romper definitivamente com o paradigma biologicista e medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento-centrado, atendendo aos novos desafios da contemporaneidade na produção de conhecimentos e na produção das profissões (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Assim, o estabelecimento de parceria entre órgão formador, serviços de saúde e organizações comunitárias é fundamental para a formação do profissional de saúde, não só pela característica prática da profissão, mas pela necessidade de promover entre os profissionais uma consciência crítica da realidade, desenvolvendo assim o compromisso da educação com a construção do saber para a melhoria da qualidade de vida e de saúde da população. A prática cooperativa com os serviços permite trazer novos temas e desafios ao processo de ensino e de produção de conhecimento, além de ajudar a reorientar o próprio modelo assistencial. Nesse contexto, a prática pedagógica adquire maior amplitude conceitual e metodológica, ultrapassando a perspectiva burocrática, para dar lugar à gestão democrática (SILVA; TAVARES, 2004).

Para Ceccim (2005a), fala-se da formação como se os trabalhadores pudessem ser administrados como um dos componentes de um espectro de recursos, como os materiais, financeiros, infra-estruturais etc. e como se fosse possível apenas “prescrever” habilidades, comportamentos e perfis aos trabalhadores do setor para que as ações e os serviços sejam implementados com a qualidade desejada. As prescrições de trabalho, entretanto, não se traduzem em trabalho realizado/sob realização.

A discussão sobre a formação profissional passa a ser fundamental e estratégica quando se fala do SUS, que, sob a responsabilidade das três esferas de governo, a federal, a estadual e a municipal, operam o sistema de saúde, realizando ações e serviços em prol da saúde da população. Para tanto, além de estarem capacitados do ponto de vista profissional, técnico, psicológico, político e humanístico, os trabalhadores da saúde devem estar protegidos por uma política de gestão do trabalho justa e coerente (SILVA; TAVARES, 2004).

A introdução desta abordagem retiraria os trabalhadores da condição de “recursos” para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde. (CECCIM, 2005a).

Na formação profissional, destaca-se atualmente a implantação das novas diretrizes curriculares para a graduação e a educação permanente no preparo de recursos humanos para a atenção básica, com conteúdos e competências orientados para as especificidades do processo de envelhecimento. A incorporação do conceito de competência na aprendizagem revaloriza o lugar da prática via exposição dos treinandos a situações diversas, consolidando esquemas de mobilização de recursos cognitivos e afetivos, no contexto multiprofissional. Sua incorporação trará conseqüências para o ensino, para as práticas e para a pesquisa (MOTTA E AGUIAR, 2007).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações,

serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Esta ação nos permitiria constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola (CECCIM, 2005b).

Instituída pela Portaria nº. 198/2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Compreende um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras, na identificação de problemas cotidianos no processo de trabalho na saúde e na construção de soluções. Do ponto de vista pedagógico, a EPS considera o trabalho como seu eixo estruturante, já que é nesse espaço onde estão previstas as práticas, a serem realizadas por cada um e por todos os trabalhadores com uma participação ativa em seu próprio processo de aprendizagem. A incorporação do trabalho como categoria estruturante de mudança das práticas se propõe a situar o trabalho em saúde como foco de atenção da gestão e da estruturação dos serviços, sintonizadas com as transformações do mundo do trabalho (BRASIL, 2004a).

O desafio da educação permanente é ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematização, e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde (MERHY, 2005).

Outra frente do movimento de mudanças da educação dos profissionais de saúde são as Diretrizes Curriculares Nacionais e as diretrizes do

SUS, que colocam como perspectiva a existência de instituições formadoras com relevância social; o que quer dizer escolas capazes de formar profissionais de qualidade conectadas às necessidades de saúde; escolas comprometidas com a construção do SUS, capazes de produzir conhecimento relevante para a realidade de saúde em suas diferentes áreas, ativas participantes do processo de educação permanente dos profissionais de saúde e prestadoras de serviços relevantes e de boa qualidade. O movimento de mudanças identifica já há algum tempo a necessidade de políticas articuladas entre educação e saúde para criar um cenário mais favorável às mudanças que devem ser construídas nas escolas em articulação com o sistema de saúde e o controle social (FEUERWERKER, 2001).

No entanto, novos passos, para além das diretrizes, serão necessários para que as mudanças na formação ocorram amplamente nas graduações em saúde. Reconhecer a necessidade da transformação, trilhar novos caminhos conceituais e explorar práticas inovadoras são elementos indispensáveis, mas não suficientes para superar conceitos e práticas hegemônicos, solidamente instalados dentro e fora das instituições formadoras. Nessa perspectiva, políticas claras do SUS, pautadas por suas diretrizes, devem indicar ações orientadas para a mudança na formação dos profissionais. Uma política para a mudança tem, necessariamente, que ser capaz de ir além das declarações de intenção e da existência formal de propostas, instâncias ou estruturas. Tem de ser capaz de convocar o pensamento crítico e o compromisso de todos os atores (docentes, estudantes, gestores de saúde e de educação, conselheiros de saúde e movimentos sociais), além de oferecer possibilidades de interferência real no processo de formação profissional (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Segundo Batista (2006), a formação envolve planos epistemológico e prático de aprendizagem. No plano epistemológico identifica-se que aprender articula cognição, afeto e cultura numa perspectiva histórico-social, trazendo a questão da mediação e da intersubjetividade. Mediar a aprendizagem do cuidado implica sair da ênfase na doença, na abordagem biologicista das condições de vida e das relações de causalidade linear entre saúde e doença. No plano prático (experimental), a aprendizagem do aluno deve se vincular à prática e ao cotidiano, evidenciado que aprender e fazer apresentam dinâmicas de conexão, complementaridade e atribuição de significados.

Nesse sentido, a aprendizagem orientada às experiências parece adequar-se à perspectiva da integralidade do ensino. O ser humano precisa conhecer para compreender o mundo em que vive e poder atuar em cooperação com os demais homens numa base de solidariedade. A concepção pedagógica crítico-reflexiva, especialmente a problematização, constitui instrumental adequado por propiciar a articulação de ações internas e externas ao serviço e por desafiar os diferentes atores sociais para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas, com ênfase na autonomia, o que abre espaço para o trabalho interdisciplinar e multiprofissional. Mas a simples introdução do aluno na prática por si só não gera uma formação crítica e transformadora, é preciso interrogar quais os contextos formativos capazes de gerar uma prática inovadora, crítica e reflexiva. (SILVA; TAVARES, 2004).

Segundo Batista et al. (2005), a problematização encontra nas formulações de Paulo Freire um sentido de inserção crítica na realidade para dela retirar os elementos que conferirão significado e direção às aprendizagens.

A expectativa é de que a participação dos estudantes das diversas carreiras no cotidiano dos serviços permita a vivência responsável da realidade, permitindo ao processo pedagógico situar seu eixo na solução de problemas, transformando o processo de trabalho (MOTTA; AGUIAR, 2007).

A interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde deveria permitir dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva e criativa capacidade de crítica, bem como produzir sentidos, auto-análise e autogestão (CECCIM, 2005b).

A tarefa da gestão do trabalho em saúde para a mudança na formação profissional deve ter como objetivo o engendramento de novas relações de compromisso e responsabilidade entre a universidade e o SUS, de modo a possibilitar a compatibilidade de perfis profissionais, de produção de conhecimento e de prestação de serviços, cooperação e assessoramento (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

2.9 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, formulada a partir da sistematização de experiências para melhorar a qualidade no atendimento e nas relações de trabalho para a legitimação do SUS como política pública (BRASIL, 2004b).

O PNH propôs a valorização da formação educacional dos profissionais a fim de possibilitar a incorporação de valores e atitudes de respeito à vida humana, consoante à compreensão de que a qualidade em saúde deve ser composta de competência técnica e interação, não se resumindo somente a aspectos técnicos ou organizacionais. O documento-base do Programa salienta ainda que seja imprescindível a melhoria da imagem do serviço público de saúde, não só junto aos usuários, mas também junto aos próprios profissionais de saúde, pois “o profissional que se sente respeitado pela instituição à qual pertence está mais apto a atender com eficiência” e de forma mais humana (FORTES, 2004).

A humanização em Saúde é considerada uma possibilidade política de se alterar as práticas de atenção em saúde e de instaurar, no interior das instituições, espaços de liberdade capazes de acolher, amparar, sustentar e dar significado à presença e às ações de profissionais de saúde, gestores e pacientes, ao considerar suas dimensões subjetivas e singulares (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

Para a construção de uma política de qualificação do SUS, a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um programa a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda rede SUS. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004b).

Para dar eficácia ao processo de humanização dos serviços de saúde, a política destaca ainda o papel do gestor, pois este é um dos principais responsáveis por proporcionar condições adequadas para que os funcionários e

servidores sejam valorizados em seu trabalho e os usuários tenham seus direitos garantidos. Com isto, resgatam-se princípios e diretrizes da construção do SUS, contidos nas leis e atos regulamentadores, tais como assistência integral, universalidade, hierarquização e regionalização de serviços, além do controle social (FORTES, 2004).

Para Rizzotto (2002), os questionamentos e as discussões acerca da humanização da assistência, no campo da saúde, remontam algumas décadas. Fez parte do rol de temas abordados no bojo do Movimento da Reforma Sanitária, ocorrido nos anos 70 e 80 do século XX. Naquele momento, questionava-se o modelo assistencial vigente, centrado na figura do profissional médico, no biologismo e nas práticas curativas. Este modelo, segundo as críticas, era muito especializado e caro, enfatizava a doença em detrimento da promoção e da prevenção à saúde e configurava-se como desumano na forma de assistir, tanto pelo uso exagerado de tecnologias como pelo relacionamento que se estabelecia entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema.

Outros autores como Mota, Martins e Vêras (2006) entendem a humanização como uma estratégia de interferência no processo de produção da saúde, levando em conta que os sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de modificar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, sobretudo, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e formulando seu protagonismo.

Segundo Deslandes (2004), a humanização é uma forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associado ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referência

culturais. Para Mota, Martins e Vêras (2006), construir uma metodologia de trabalho para implantação de projetos de humanização nas diversas instituições favorecerá o desenvolvimento de ações voltadas para os usuários e condições de trabalho para os profissionais, fortalecendo espaços de troca e produção de conhecimento voltado para uma melhor qualidade de trabalho e saúde.

Fortes (2004) enfoca como prática humanizadora o tratar com as dificuldades de acesso dos usuários aos serviços e suas injustas conseqüências – as filas de espera, a necessidade de ampliação dos mecanismos de comunicação e informação, o incentivo a formas de acolhimento que levem à otimização dos serviços e ao acesso dos usuários a todos os níveis de atenção do sistema de saúde, com mecanismos de referência e contra-referência.

Segundo Hoga (2004), a humanização está na dependência direta das condições de trabalho do profissional de saúde e de seu adequado preparo do âmbito das relações humanas, além do conhecimento teórico dos aspectos técnicos. Existe, portanto, a necessidade de dirigir mais cuidado e atenção para a dimensão subjetiva dos profissionais quando se busca a humanização da assistência à saúde. Esta depende da qualidade do fator humano que, por sua vez, determinará o tipo de relacionamento que os profissionais estabelecem com os usuários dos serviços de saúde.

2.10 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Para a compreensão de como estão sendo desenvolvidas as práticas multiprofissionais na atenção primária do Serviço Público de Saúde, este estudo toma como referencial a teoria das representações sociais. Representações Sociais, segundo Minayo (1995), é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento e que, nas Ciências Sociais, é definido como categorias de pensamento que expressam a realidade, explicando-a, justificando-a ou questionando-a. A autora destaca as concepções de vários pensadores acerca das representações sociais, com maior atenção aos clássicos Durkheim, Marx e Weber.

Durkheim é o primeiro autor que trabalhou o conceito de representações sociais, por ele denominado de representações coletivas, termo que se refere às categorias de pensamento pela qual determinada sociedade elabora e expressa sua realidade, afirma que essas categorias não são dadas a priori e não são universais na consciência, mas surgem ligadas aos fatos sociais, transformando-se em fatos sociais passíveis de observação e de interpretação. A observação revela que as representações sociais são um grupo de fenômenos reais, dotados de propriedades específicas e que se comportam também de forma específica, pois para ele é a sociedade que pensa. As representações não são necessariamente conscientes do ponto de vista individual. Assim, de um lado, elas conservam sempre a marca da realidade social onde nascem, mas também possuem vida independente, reproduzem-se e se misturam, tendo como causas outras representações e não apenas a estrutura social. Portanto, para Durkheim, não

existem representações falsas; todas respondem de diferentes formas a condições dadas da existência humana (MINAYO, 1995).

Max Weber elabora suas concepções do campo das Representações Sociais por meio de termos como “idéias”, “espírito”, “concepções”, “mentalidade”, usados muitas vezes como sinônimos, e trabalha de forma particular a noção de “visão do mundo”. Para ele, a vida social – que consiste na conduta cotidiana dos indivíduos – é carregada de significação cultural. Essa significação é dada tanto pela base material como pelas idéias, dentro de uma relação adequada, em que ambas se condicionam mutuamente. Para Weber, as idéias (ou representações sociais) são juízos de valor que os indivíduos dotados de vontade, portanto, as concepções sobre o real têm uma dinâmica própria e podem apresentar tanta importância quanto à base material. Minayo (1995) argumenta que para Marx as representações, as idéias e os pensamentos são conteúdos da consciência que é determinada pela base material. Concebe as representações como conteúdos da consciência que são, por sua vez, determinados pelo modo de vida dos indivíduos, ou seja, estão vinculadas à prática social. Essa determinação ocorre numa relação dialética, dadas as contradições existentes entre as forças de produção, o estado social e as idéias.

As teorias existentes até a formulação da teoria das representações sociais por Serge Moscovici, no final dos anos 1950, estabeleciam uma distinção entre dois níveis de fenômenos: o individual e o coletivo. Na sociologia durkheimiana as representações sociais eram vistas como entidades explicativas absolutas, que abrangiam uma gama muito ampla e heterogênea de formas de conhecimento e eram muito estáticas, o que não correspondia com a circulação das representações contemporâneas emergentes. Em Moscovici, considerando seu objetivo de estabelecer uma psicossociologia do conhecimento, as representações sociais

deveriam ser reduzidas a uma modalidade específica de conhecimento que teriam por função a elaboração do comportamento e a comunicação entre os indivíduos. Portanto, à psicologia social caberia penetrar nas representações sociais para descobrir a sua estrutura e os seus mecanismos internos (SPINK, 1995).

Embora tenha se apoiado nas teorias de Durkheim, Moscovici superou a dicotomia entre os níveis individual e coletivo de representações, integrando-os em sua proposição teórica. A contribuição de Moscovici representou, portanto, uma nova forma de entendimento das relações, em termos de construção de significados, dos indivíduos com a sociedade (FARR, 1995; MINAYO, 1995). Portanto, conforme revelam Vergara e Ferreira (2005), a teoria das representações sociais formulada por Moscovici marcou o estabelecimento de uma percepção inovadora a respeito da integração entre os fenômenos perceptivos individuais e sociais.

Desse modo, o “social” de Moscovici, diferentemente do “coletivo” de Durkheim, designa o aspecto dinâmico e a bilateralidade no processo de constituição das representações sociais, assinalando por um lado, a representação como forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, e por outro, sua realidade psicológica, afetiva e analógica, inserida no comportamento do indivíduo. Falar em representação social, portanto, é mais que falar em opinião (individual ou pública), atitude e conduta (XAVIER, 2002).

Uma representação pode ser definida como um conjunto de fenômenos perceptivos, imagens, opiniões, crenças e atitudes. O entrelaçamento dos vínculos entre esses elementos possibilita a atribuição de significados aos processos sociais e psicológicos. Assim, as representações sociais são fenômenos complexos que dizem respeito ao processo pelo qual o sentido de um dado objeto é

estruturado pelo sujeito no contexto de suas relações, em um processo dinâmico de compreensão e transformação da realidade. As representações sociais não são reflexos da realidade e sim construções mentais dos objetos, inseparáveis das atividades simbólicas dos sujeitos e de sua inserção na totalidade social (MOSCOVICI, 2003).

Segundo Vergara e Ferreira (2005), uma representação social não provém de processos racionais de prospecção da realidade. Não se trata de idéias diretamente relacionadas a informações concretas que se tem a respeito de um dado fenômeno. Com isso, são menos suscetíveis a mudanças provocadas por debates de idéias ou mesmo por novas vivências. A percepção da realidade manifesta na representação encontra-se, em geral, solidamente alicerçada no indivíduo que a possui e serve de parâmetro para a forma pela qual ele vai se relacionar com o objeto de sua representação.

A realidade vivida é também representada e por ela os atores sociais se movem, constroem sua vida e explicam-na mediante seu estoque de conhecimentos, mas, além disso, as representações sociais possuem núcleos positivos de transformação e de resistência na forma de conceber a realidade; portanto, devem ser analisadas criticamente, uma vez que correspondem às situações reais de vida e revelam a visão de mundo de determinada época.

O objetivo de uma pesquisa de representação social é o resgate do imaginário social sobre um dado tema. Para Lefèvre e Lefèvre (2005a), o imaginário é um universo simbólico compartilhado, cuja função é permitir as interações sociais, as trocas comunicativas numa dada formação sociocultural e, dentro dela, num dado setor.

Para Lefèvre e Lefèvre (2007a), as representações sociais são esquemas sócio/cognitivos de que as pessoas lançam mão para emitirem, no cotidiano de suas vidas, juízos ou opiniões, que são condições necessárias para viver e se comunicar em sociedades complexas. Estes esquemas sócio/cognitivos, acessíveis por meio de depoimentos individuais, são entidades virtuais que, por isso, precisam ser reconstituídas por meio de pesquisas sociais que comportem uma dimensão qualitativa e quantitativa.

Dessa forma, as representações sociais são matéria-prima para a análise do social e também para a ação pedagógico-política de transformação, pois retratam e refratam a realidade segundo determinado segmento da sociedade e, por se constituírem num pensamento social, não são, necessariamente, conscientes no indivíduo. Perpassam o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social, como algo anterior e habitual (MINAYO, 1995).

As representações sociais são um sistema (ou sistemas) de interpretação da realidade, que organiza as relações do indivíduo com o mundo e orienta as suas condutas e comportamentos no meio social, permitindo-lhe interiorizar as experiências, as práticas sociais e os modelos de conduta, ao mesmo tempo em que constroem e se apropriam de objetos socializados (XAVIER, 2002).

A questão da relação entre o agente social e a sociedade é objeto da teoria sociológica de Bourdieu, uma sociologia da cultura que pretende compreender como as relações entre grupos ou classes obedecem a uma lógica que se reproduz de forma dissimulada no plano das significações. Esse mesmo autor refere-se ao campo das representações sociais por meio da valorização da fala como expressão das condições da existência e tem a magia de transmitir por meio

de um porta-voz as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 1995).

Para possibilitar a compreensão mais acurada do funcionamento das relações simbólicas, Bourdieu (1999) constrói o conceito de *habitus*, princípio gerador e unificador que retraduz as características intrínsecas e racionais de uma posição no espaço social em um estilo unívoco, isto é, em um conjunto unívoco de escolhas de pessoas, de bens e de práticas. Os *habitus*, ao estabelecer diferenças entre o que é bom e o que é mau, o que é o bem e o mal, entre o que é de bom gosto e o que é vulgar, geram práticas distintas e distintivas. Por exemplo, o mesmo comportamento ou o mesmo bem que é percebido como distinto para uma pessoa, pode parecer pretensioso para outra e vulgar para uma terceira. Essas diferenças nas práticas, nos bens possuídos, nas opiniões expressas tornam-se diferenças simbólicas e constituem uma verdadeira linguagem, como signos distintivos. É um conceito que não pode ser compreendido a partir da lógica da consciência e do livre arbítrio do indivíduo isolado. Pelo contrário, pressupõe que a maior parte das ações humanas, embora se dirija a um fim, não tem por princípio a busca consciente desse objetivo, pois o *habitus* é como uma lei imanente depositada em cada ator social desde a primeira infância a partir de seu lugar na estrutura social, ou seja, são marcas das posições e situações de classe.

O conjunto das referências teóricas acima relacionadas contém elementos que podem contribuir para a investigação do pensamento dos profissionais de saúde e identificar as idéias que explicam, justificam ou questionam as práticas do trabalho multiprofissional no serviço público de saúde, atribuindo-lhe significados e possibilitando trocas de pensamentos, sentimentos e crenças nesse espaço sociocultural.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde sobre o trabalho multiprofissional no Serviço Público de Saúde no Município de Bandeirantes – PR.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as concepções e as práticas dos profissionais de atenção primária do Serviço Público de Saúde sobre o trabalho multiprofissional;
- Identificar as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde para o exercício do trabalho multiprofissional.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 CENÁRIO DO ESTUDO

Esta pesquisa foi desenvolvida no Município de Bandeirantes, localizado na região Norte do Estado do Paraná, Brasil, com uma população estimada em 33.305 mil (IBGE, 2006).

O município pertence à 18ª Regional de Saúde do Estado e integra o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do SUS, estando qualificado pelo Ministério da Saúde para implantação da estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica. A população conta com o atendimento assim organizado:

- Posto Central: Pronto Atendimento Médico (PAM), Pronto Atendimento Odontológico (PAO), Atendimento Médico Especializado (AME), Atendimento Materno Infantil (AMI), Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), Assistência Farmacêutica (Farmácia Básica Municipal e Farmácia de Manipulação Municipal) e Atendimento Fisioterápico;
- Unidades Descentralizadas: quatro equipes de PSF/PSB distribuídas pelos bairros da área urbana e Unidade Básica de Saúde (UBS) no Distrito Nossa Senhora da Candelária (área rural);

- Pronto Socorro: serviço terceirizado.

Conta ainda com agendamento de atendimento em especialidades no Cispnop (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná), tratamento fora do domicílio (TFD), sistema de referência para alta complexidade e ainda com a rede privada e dois hospitais: um privado e um filantrópico.

Os locais escolhidos para a realização do estudo foram: o Posto Central e as Unidades Descentralizadas da instituição pública de prestação de serviço de saúde.

4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os critérios de seleção dos sujeitos que vão compor o universo de investigação é primordial por interferir diretamente na qualidade das informações, assim como seu grau de representatividade no grupo social em estudo (DUARTE, 2002).

Os sujeitos de pesquisa foram todos os profissionais de saúde de nível superior tendo como atributo sua vinculação à instituição. Para selecionar os sujeitos foi obtida, inicialmente, no setor de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Bandeirantes a relação nominal de todos os profissionais, totalizando 45 profissionais de saúde do Posto Central e das Unidades Descentralizadas de Saúde do município, sendo seis enfermeiros, três fisioterapeutas, quatro farmacêuticos, 18 médicos, 13 odontólogos e um nutricionista.

A opção de entrevistar todos os sujeitos da pesquisa se deu por serem pré-conhecidas as características do universo a ser pesquisado, pela facilidade de acesso aos sujeitos a serem entrevistados e, por se tratar de um universo consideravelmente pequeno conforme Lefèvre e Lefèvre (2005a).

4.3 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Para Minayo e Sanches (1993), um bom método é aquele que permite uma construção correta dos dados e que ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria. Os autores ressaltam ainda que, além de apropriado ao objeto da investigação e de oferecer elementos teóricos para a análise, o método tem de ser operacionalmente exeqüível.

Segundo Neves (1996), a opção por métodos qualitativos ou quantitativos dependerá da definição clara do problema e dos objetivos da pesquisa, assim como da compreensão das forças e fraquezas de cada método disponível.

Compreender e interpretar fenômenos baseados em seus significados e contexto são tarefas presentes na produção do conhecimento, o que contribui para que se perceba a importância do emprego de métodos que auxiliam a ter uma visão mais abrangente dos problemas, com contato direto com o objeto de análise e fornecem um enfoque diferenciado para a compreensão da realidade (NEVES, 1996).

Segundo Minayo (2000), a pesquisa qualitativa aprofunda o significado e a intencionalidade e que, a rigor, qualquer investigação social deveria

contemplar o aspecto qualitativo que traz para o interior da análise o subjetivo, o objetivo, os atores sociais, os fatos e seus significados, trabalha o caráter de antagonismo, de conflito entre os grupos sociais, permite aprofundar o caráter social, as dificuldades de construção do conhecimento e responde a questões muito particulares de pesquisa. Ainda segundo essa autora, a pesquisa qualitativa é importante para compreender os valores culturais, as representações de determinado grupo sobre temas específicos e para formulação de políticas públicas e sociais.

O delineamento adotado neste estudo, ao buscar conhecer as representações sociais sobre o trabalho multiprofissional no Serviço Público de Saúde, especialmente no que se refere às suas concepções, práticas e necessidades percebidas pelos profissionais de saúde sobre o trabalho multiprofissional, é a de pesquisa qualitativa com abordagem qualiquantitativa, possibilitando que se apreendam os fenômenos de modo integrado, viabilizando tanto o aprofundamento no significado do comportamento de indivíduos e de grupos quanto a quantificação dos fenômenos (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005a). O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem, ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (MINAYO et al., 2004).

4.4 MÉTODO DA PESQUISA

Neste estudo empregou-se como estratégia metodológica em pesquisa qualitativa a construção do DSC (LEFÈVRE; LEFÈVRE e TEIXEIRA, 2000; LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003), que consiste numa forma qualitativa de representar o pensamento de uma coletividade, agregando em um discurso-síntese os conteúdos discursivos de sentido semelhante emitidos por pessoas distintas. Assim, cada indivíduo entrevistado no estudo, escolhido com base em critérios de representatividade social, contribui com sua cota de fragmento de pensamento para o pensamento coletivo (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004). Este procedimento metodológico pressupõe a definição, baseando-se em uma perspectiva empírica, de que o caráter coletivo do pensamento social é a quantidade de escolhas de um determinado conjunto de indivíduos pertencentes a uma determinada comunidade e, apesar de expresso de forma individualizada, é socialmente compartilhado, traduzindo a natureza do pensamento coletivo (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004).

4.4.1 Discurso do Sujeito Coletivo

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2003), o DSC partiu da hipótese de que os indivíduos vivendo em sociedade, como reiteradamente tem colocado a sociologia e as demais ciências sociais desde sempre, compartilham idéias, crenças, valores e representações. Baseado nesta hipótese, montou-se um processo de

organização de depoimentos verbais provenientes de pesquisas sociais que utilizam questionários abertos, que, por meio das figuras metodológicas (Idéia Central, Ancoragens, Expressões Chave e DSC), permite ao final construir uma série de DSCs.

Pelo modo discursivo, é possível visualizar melhor a representação social na medida em que ela aparece não sob uma forma artificial de quadros, tabelas e categorias, mas sob uma forma mais viva e direta de um discurso que é o modo como os indivíduos reais, concretos pensam (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a).

O pensamento coletivo, em termos metodológicos, está mais validamente presente no indivíduo do que no grupo, uma vez que o pensamento coletivo é a presença internalizada no pensar de cada um dos membros da coletividade, de esquemas sócio-cognitivos ou de pensamento socialmente compartilhado. Para obter o pensamento coletivo, é preciso convocar um a um de uma amostra representativa de uma coletividade, para que cada indivíduo possa expor seu pensamento social internalizado e para que o conjunto dessas individualidades opinantes possa representar, sociológica e estatisticamente, uma coletividade (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005b).

O pensamento coletivo não é apenas um sujeito coletivo, mas um sujeito coletivo que pensa e para obter o pensamento coletivo, além de convocar o sujeito coletivo, é preciso convocar também um objeto, ou seja, fazer esse sujeito pensar o pensamento dessa coletividade (ibid).

Esse pensar, segundo Lefèvre e Lefèvre (2005a), é a questão aberta que está representando da melhor forma o pensamento enquanto possibilidade, isto é, está no lugar do seu objeto para poder produzir o pensamento, porque a questão aberta é o procedimento de pesquisa que tem as maiores chances de fazer com que

o pensamento dos indivíduos se expresse como um discurso. Desse discurso, por sua vez, é preciso extrair o sentido, o que faz com que este discurso se transforme em outro objeto, de outro signo, composto pela idéia central e pelas expressões-chave do discurso, tendo primeiro uma função identificadora, particularizadora, especificadora, e segundo uma função corporificadora, de substantivação, de “recheio” do sentido nomeado.

O DSC é uma ferramenta concebida a fim de tornar esta realidade possível, representa uma mudança significativa na qualidade, na eficiência e no alcance das pesquisas, que deixam de ser apenas qualitativas e passam a ser qualiquantitativas, porque vão permitir que se conheça e que se dimensionem, com a segurança dos procedimentos científicos, em detalhe e na sua forma natural, os pensamentos, representações, crenças e valores, de todo tipo e tamanho de coletividade, sobre todo tipo de tema que lhe diga respeito (LEFÈVRE; LEFÈVRE; 2007a).

Nesse sentido, a proposta do DSC como forma de conhecimento ou redução da variabilidade discursiva empírica implica em um radical rompimento com a lógica quantitativo-classificatória na medida em que busca resgatar o discurso como signo de conhecimento dos próprios discursos.

4.4.1.1 O pensamento coletivo como soma qualitativa a ser quantificada

O DSC é uma técnica de pesquisa que se presta à abordagem de todo tipo de temática que envolva o vastíssimo campo dos pensamentos,

sentimentos, crenças, atitudes, valores, representações sociais, quando estas são expressas sob forma de discursos verbais. É uma técnica qualitativa para a obtenção do pensamento coletivo, mas, uma vez este pensamento obtido, ele adquire o caráter de variável comum, podendo e devendo ser quantificado, o que transforma a técnica em qualiquantitativa (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005a).

A técnica do DSC é um processo complexo, que resulta num conjunto de discursos coletivos ou DSCs, subdividido em vários momentos, efetuados por meio de uma série de operações realizadas sobre o material verbal coletado nas pesquisas. Para que se produzam os DSCs, são necessárias quatro operações:

1 - As Expressões-Chaves (E-CH);

2 - As Idéias Centrais (ICs);

3 – As Ancoragens (ACs);

4 - O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) propriamente dito.

- As E-CH são trechos selecionados do material verbal dos depoimentos individuais, que melhor descrevem seu conteúdo.
- As ICs são fórmulas sintéticas que descrevem os sentidos presentes nos depoimentos de cada resposta e também nos conjuntos de cada resposta de diferentes indivíduos, que apresentam sentidos semelhante ou complementar.
- As ACs são como as Idéias Centrais, fórmulas sintéticas que descrevem não mais os sentidos, mas as ideologias, valores, crenças, presentes no material verbal das respostas individuais ou nas agrupadas, sob a forma de afirmações genéricas destinadas a enquadrar situações particulares. Na

metodologia do DSC considera-se que existem Ancoragens apenas quando estão presentes, no material verbal, marcas explícitas destas afirmações genéricas.

- Os DSCs são a reunião das E-CH presentes nos depoimentos, que tem ICs de sentido semelhante ou complementar, para dar-lhes a forma de frases encadeadas.

É importante assinalar que a IC não é uma interpretação, mas uma descrição do sentido de um depoimento ou de um conjunto de depoimentos.

A técnica para a construção do DSC implica selecionar, de cada resposta individual a uma questão, as E-CHs, que são trechos mais significativos destas respostas. A essas E-CH correspondem ICs, que são a síntese do conteúdo discursivo manifestado nas E-CH. Com o material das E-CHs das ICs semelhantes constroem-se discursos-síntese ou DSCs, na primeira pessoa do singular, com um número variado de participantes, em que o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual. Uma vez “qualificada” a variável pelo DSC, ela passa a poder ser quantificada usando-se os recursos habituais de quantificação como gráficos, tabelas, etc.

Enquanto variável quantificável, cada DSC possui dois atributos que serão definidos a seguir: intensidade e amplitude. Intensidade refere-se ao número ou percentual de indivíduos que contribuíram com suas E-CHs relativas a ICs semelhantes ou complementares, para a confecção dos DSCs; ela permite saber, portanto, quais os DSCs dominantes, isto é, aqueles mais freqüentes; já amplitude refere-se à medida da presença do DSC considerando o campo ou universo pesquisado (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006c).

O DSC consiste numa forma não-matemática e não-metalingüística de representar o pensamento de uma coletividade, o que faz mediante uma série de operações sobre os depoimentos, que culmina em discursos-síntese que reúne respostas de diferentes indivíduos, com conteúdo discursivo de sentido semelhante, o qual passa a expressar ou a representar a fala social ou o pensamento coletivo na primeira pessoa do singular (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005b).

Entendendo-se por fala social um discurso-síntese, elaborado com material dos discursos individuais semelhantes ou complementares enunciado na primeira pessoa do singular, tratando-se de um “eu” coletivizado, que está rompendo, por um lado, com a tradição da pesquisa quantitativa que deforma a natureza eminentemente discursiva do pensamento para mais facilmente quantificá-lo, e, por outro, com a tradição da pesquisa qualitativa que considera a fala social como uma metalinguagem científico-acadêmica, que produz um discurso social pelo viés dos comentários descritivos, interpretativos e generalizadores do pesquisador sobre os discursos dos pesquisados individualmente transcritos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a).

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005b), o “eu” do DSC é uma tentativa de resgatar esse “eu social ou coletivo”, mais precisamente, ele é um recurso criado para fazer emergir o inconsciente social que fala no indivíduo. Portanto, o DSC é um discurso coletivo que para sinalizar o que a sociedade impõe ao indivíduo pela internalização inconsciente de seus discursos, precisa ser enunciado na primeira pessoa do singular.

Pode-se dizer que a pesquisa de resgate de representações sociais envolvendo a técnica do DSC é qualitativa no sentido do seu objeto, o pensamento coletivo, que não é dado a priori por atributos externos quantificáveis que os

indivíduos tenham ou não, mas a posteriori é composto de qualidades que os pesquisados manifestam, desdobram, constroem, que aparecem como resultado do processo de pesquisa. Ocorre que, uma vez processadas por essa técnica e transformadas em idéias centrais, expressões-chaves, ancoragens e finalmente em DSC, essas qualidades passam a permitir e até requerer tratamento quantitativo.

A dimensão quantitativa da opinião se faz, como na categorização, em detrimento da dimensão qualitativa, mas em integração com esta, já que no DSC ela diz respeito à quantidade de indivíduos ou respostas que contribuíram para a confecção de cada DSC (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006b).

Afinal, segundo Lefèvre e Lefèvre (2005a), em pesquisa social, quantidade e qualidade são conceitos complementares e não como muitos acreditam mutuamente excludentes, ou seja, na técnica do DSC a qualidade e a quantidade se fundem. Tal fusão qualiquantitativa destina-se a viabilizar, metodologicamente, o pensamento coletivo como sujeito/objeto. Portanto, os discursos revelam o que a coletividade pensa, como pensa, e como este pensamento se distribui no espaço social (LEFÈVRE; LEFÈVRE e MARQUES, 2007).

4.4.1.2 Qualiquantisoft

O Qualiquantisoft é um software desenvolvido por Lefèvre e Lefèvre, em parceria com a Sales & Paschoal Informática, com o objetivo de facilitar a realização de pesquisas qualiquantitativas nas quais é utilizada a técnica do DSC.

Representa um avanço importante nas pesquisas sociais na medida em que permite uma sensível agilização nas tarefas mecânicas da pesquisa e também porque permitem relacionar intimamente as dimensões qualitativa e quantitativa deste tipo de pesquisa, associando pensamentos, crenças, valores, representações, às características objetivas dos portadores destas representações, tais como sexo, idade, grau de instrução, renda, etc. (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2007b).

O software tem os seguintes componentes:

- Cadastros: permitem arquivar dados e bancos de dados relativos a entrevistados, pesquisas, perguntas, cidades e distritos entre outros;
- Análises: são quadros e processos que permitem a realização de todas as tarefas necessárias à construção dos Discursos do Sujeito Coletivo;
- Ferramentas: permitem a exportação e a importação de dados e resultados de pesquisa; e
- Relatórios: organizam e permitem a impressão dos principais resultados das pesquisas.

É importante salientar que enquanto recurso facilitador, o QualiQuantiSoft não substitui, de nenhuma forma, o papel do pesquisador: ele não faz nada pelo pesquisador mas faz muita coisa para o pesquisador. Ele representa uma ajuda importante para o investigador social porque permite produzir o sujeito social ou coletivo do discurso e o discurso coletivo correspondente fazendo o social falar como se fosse um indivíduo, adotando procedimentos explícitos, transparentes e padronizados, construindo a fala do social com o material empírico proveniente das falas dos indivíduos, o que acaba redundando numa sensível economia de tempo e num aumento da eficácia da atividade investigativa.

Para a técnica do DSC, o resgate do sentido das opiniões coletivas, que desemboca num conjunto de discursos coletivos, ou DSCs, é um processo complexo, subdividido em vários momentos e efetuado por meio de uma série de operações realizadas sobre o material verbal coletado nas pesquisas (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005b). O pensamento é coletado por entrevistas individuais com questões abertas, o que faz com que o pensamento, como comportamento discursivo e fato social individualmente intermalizado, possa se expressar. Além disso, graças ao software do DSC, o Qualiquantisoft, pode-se com amostras bem selecionadas e relativamente grandes de indivíduos e, ao cadastro embutido no programa, segmentar ou filtrar os resultados pelas variáveis de cadastros.

4.4.1.3 O discurso do sujeito coletivo como pesquisa qualitativa de opinião

O DSC apresenta uma dupla representatividade qualitativa e quantitativa das opiniões coletivas que emergem da pesquisa. Segundo Lefèvre e Lefèvre (2006a), a representatividade é qualitativa porque na pesquisa com o DSC cada distinta opinião coletiva é apresentada sob a forma de um discurso, que recupera os distintos conteúdos e argumentos que conformam uma dada opinião na escala social; mas também é quantitativa porque o discurso tem, ademais, uma expressão numérica que indica quantos depoimentos, do total, foram necessários para compor cada DSC, considerando-os como coletivos de indivíduos.

No DSC a categoria funciona não mais como um representante do pensamento, mas como um nome ou denominação deste, que como todo nome,

serve para individualizar um discurso em relação a outro, mas não esgota o sentido deste discurso. A categoria indica, de modo sintético, uma determinada direção semântica, que precisa ser completada pelo conteúdo discursivo e argumentativo que, no DSC, é dado pela reunião num discurso-síntese, das Expressões Chave das Idéias Centrais ou Ancoragens de sentido semelhante ou complementar, emitidas como respostas a uma questão de pesquisa, por distintos indivíduos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

A categorização é, sem dúvida, um recurso necessário para processar e agrupar o sentido de depoimentos obtidos em pesquisas empíricas de opinião. Mas esse recurso necessário não é suficiente. Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005b), admitir que o sentido de um pensamento, ou opinião, ou posicionamento coletivo possa ser adequadamente expresso mediante categorias seria o mesmo que admitir que o nome de uma doença seja suficiente para entender seu sentido. O sentido de um conjunto, que pode ser unitário, de depoimentos só pode ser recuperado pela via discursiva, e uma categoria não é um discurso nem pode representar uma via válida para recuperar a integralidade desse sentido, ou seja, uma categoria não esgota de nenhum modo o sentido de uma opinião coletiva, sendo apenas um momento do resgate desse sentido.

O método tradicional para tabular os dados provenientes de questões abertas de pesquisa consiste na leitura das respostas e na identificação de uma palavra, ou conceito, ou expressão que revele a essência do sentido da resposta.

Na categoria convencional, o agrupamento de discursos, condição considerada necessária para produzir conhecimento ou entendimento pela eliminação da variabilidade individual, não pertinente ao fenômeno pesquisado, é

classificatório. O que passa a valer é o nome ou o título de classe, deixando os discursos empíricos de existir justamente na medida em que as categorias, ou seja, o nome das classes passam a existir em seu lugar, ou seja, a ser o signo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a).

Quando o pesquisador processa a soma das opiniões individuais pela via da categorização pura, ele não está violentando a natureza discursiva da opinião na escala individual, mas na escala coletiva, pois na categorização pura, da soma dos discursos individuais não resulta um discurso, mas apenas uma categoria, que não é um discurso e sim uma forma lingüística sintética, que não tem a função de apresentar ou de manifestar o sentido da opinião coletiva, mas apenas de operar a distinção grosseira entre uma opinião com um sentido e outra com outro sentido. Portanto, uma opinião coletiva, para permanecer opinião na escala coletiva, precisa ser somada indutivamente e ver preservada, no produto final, sua natureza discursiva, o que só é possível se esse produto final for composto não apenas pela categoria como também pelo conteúdo das respostas individuais agrupadas nela (LEFÈVRE; LEFÈVRE; 2005b).

4.5 COLETA DE DADOS

Minayo e Sanches (1993) relatam que o material primordial para uma investigação qualitativa é a palavra que expressa, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos, a fala cotidiana. E ao mesmo tempo possuem a magia de transmitir, por intermédio de um porta-voz (o

entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Para analisar as práticas multiprofissionais na atenção primária do Serviço Público de Saúde, foram realizadas entrevistas gravadas, com base em um roteiro semi-estruturado contendo perguntas específicas visando coletar depoimentos por meio da fala dos atores sociais. Minayo (2000) revela que a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de informações, pela possibilidade de permitir por meio da fala o acesso a dados da realidade de caráter subjetivo, como idéias, crenças ou maneira de atuar.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram um gravador (Minicassette Recorder RQ-L11), fitas K-7 de 60 minutos cada uma e um roteiro de entrevista contendo duas partes: a primeira com dados cadastrais do entrevistado (sexo, data de nascimento, categoria profissional, vínculo empregatício e tempo de serviço na rede pública de saúde) e a segunda parte contendo quatro perguntas abertas (APÊNDICE A) para conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde sobre o trabalho multiprofissional no Serviço Público de Saúde.

Quanto ao uso do gravador, este instrumento, de fato permite captar e reter por maior tempo um conjunto amplo de elementos de comunicação de extrema importância como: as pausas de reflexão e de dúvida ou a entonação da voz nas expressões de surpresa, entusiasmo, crítica, ceticismo, ou erros. Elementos esses que compõem com as idéias e os conceitos a produção do sentido da fala, colaborando na compreensão da própria narrativa (SCHRAIBER, 1995b).

As perguntas foram previamente testadas em um grupo de pessoas semelhantes aos indivíduos da pesquisa no sentido de buscar uma melhor adequação e compreensão do instrumento pela população-alvo, quando da

aplicação definitiva do instrumento de pesquisa, visando à qualidade das entrevistas e informações obtidas. Uma das razões para mudanças no instrumento, segundo Duarte (2002), é quando da realização da entrevista o entrevistador sente necessidade de explicar a pergunta ao entrevistado, nesse caso, é melhor retirá-la do roteiro, pois, quando se tenta explicar demais, acaba-se dizendo, de um modo ou de outro, o que se espera que o outro responda. Lefèvre e Lefèvre (2005a) afirmam que todo roteiro precisa ser previamente testado em sujeitos semelhantes ou equivalentes aos que serão entrevistados, com a finalidade de se verificar se as perguntas elaboradas realmente levantam os objetivos propostos pela pesquisa.

De acordo com os aspectos éticos, legais e atendendo as orientações da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS (BRASIL, 1996), o projeto de pesquisa deste estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina – CEP – UEL, sob o protocolo nº. 267/06 (ANEXO A) e com autorização da Secretária Municipal de Saúde (ANEXO B) para realização da pesquisa, obtido por meio de ofício encaminhado a ela (APÊNDICE C).

Antes de iniciar cada entrevista, os sujeitos foram informados sobre os objetivos do estudo e a importância da gravação assegurando o sigilo de todos os depoimentos e a liberdade de recusar-se a participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao entrevistado (APÊNDICE B) assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados pela pesquisadora no período de novembro a dezembro de 2006, seguindo rigorosamente as perguntas estabelecidas no roteiro. Lefèvre e Lefèvre (2005a) ressaltam que o fato de se tratar de uma pesquisa qualitativa não permite ao entrevistador introduzir novas questões,

modificar, opinar ou intervir na entrevista, pode-se apenas acrescentar como: *O que mais? Tem algo mais a dizer? Como assim? Por quê? Quer complementar com mais alguma coisa?* - quando houver a necessidade de facilitar a continuidade do depoimento durante a entrevista.

O local das entrevistas variou de acordo com a disponibilidade dos espaços oferecidos nas unidades de saúde e com a disponibilidade do entrevistado, ou seja, antes, no intervalo ou no término das consultas ou procedimentos. Dessa forma, foram realizadas entrevistas nos consultórios médicos, odontológicos, sala de reunião, sala da administração, copa e também nos consultórios particulares conforme solicitado pelos entrevistados pela não-disponibilidade de horário. Nos consultórios particulares foram realizadas apenas três entrevistas, em data e horários agendados pelos próprios profissionais de saúde.

O tempo médio de duração das entrevistas foi de 23 minutos. A entrevista mais curta teve a duração de cinco minutos e a mais longa de 56 minutos.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Com os discursos gravados em fitas, a transcrição manual dos discursos individuais foi feita pela pesquisadora em um caderno, visando obter maior familiarização com os depoimentos manifestados pelos entrevistados, à medida que as narrativas eram produzidas e organizadas na mesma ordem em que foram realizadas as entrevistas.

Os sujeitos foram identificados com as iniciais do nome, seguida do número de realização da entrevista, exemplo M1; F2; T3; J4. Duarte (2002) propõe que as transcrições completas dos depoimentos gravados sejam anexadas à pesquisa, para que possa contribuir para a garantia de confiabilidade e legitimidade de resultados. Mesmo assim, optou-se por não colocar esse material apêndice, por considerar que a leitura na íntegra dos discursos individuais pudesse comprometer o compromisso de sigilo assumido com os entrevistados.

Numa próxima etapa realizou-se a digitação de cada roteiro de entrevista no Microsoft® Office Word® 2003, uma leitura atenta de cada uma das respostas e posteriormente tabulação e organização de dados discursivos de natureza verbal.

Para tabulação e organização dos depoimentos, foi utilizado o Programa Qualiquantisoft, que auxilia nessa etapa de análise de dados coletados, tornando a análise mais ágil, prática e aumentando o alcance e a validade dos resultados. O acesso para aquisição do software foi uma parceria com Prefeitura Municipal de Bandeirantes, por intermédio da Secretaria Municipal de Bandeirantes.

Para compreender e utilizar e empregar o programa, a pesquisadora participou, inicialmente, do curso de extensão oferecido pela Faculdade de Saúde Pública – USP na modalidade de difusão “*O DSC e o software Qualiquantisoft*” com carga horária de 24 horas; do primeiro curso “*Fundamentos Sociológicos da Pesquisa Qualitativa e Quantitativa: curso teórico prático*” oferecido pelo Instituto de Pesquisa do DSC (IPDSC) com carga horária de 16 horas e um treinamento “*Introdução ao DSC/QUALIQUANTISOFT*” com carga horária de 12 horas.

Após o treinamento, o primeiro passo realizado para a tabulação dos depoimentos foi o cadastramento da pesquisa; das quatro perguntas; dados dos

entrevistados, como sexo, idade, escolaridade, etc.; e dos grupos (enfermeiro; fisioterapeuta; farmacêutico; médico; odontólogo e nutricionista) no software, sendo atributos presentes nos indivíduos pesquisados necessários para comparar os depoimentos, além daqueles já presentes no cadastro. O próximo passo foi arquivar as respostas, copiando do word para dentro do programa as respostas dos entrevistados para cada pergunta, totalizando 176 respostas.

Para criação do Sujeito Coletivo, foram inicialmente selecionadas, de cada resposta individual, as expressões-chave e idéias centrais. Nesta fase verificou-se com o Instituto de Pesquisa do DSC a possibilidade de assessoria, marcada para o período de 14 a 19 de maio.

Assim, depois de ter selecionado as "idéias centrais" e/ou as "âncoras" de todas as respostas a cada pergunta (todo depoimento apresenta alguma idéia central, mas nem todo depoimento apresenta uma âncora), estas foram copiadas para o word em uma tela em branco e impressa numa folha de papel para a categorização. Com essa lista de todas as ICs ou ACs foi muito mais fácil dar um nome para cada uma destas categorias (A, B, C, D, etc.). Para categorizar foi associada a cada IC/AC semelhante à mesma letra, e certificado de que cada nome da Categoria e cada IC ou AC estava adequadamente classificada e posteriormente inserida no programa.

Com o material das "expressões-chave" de "idéias centrais" semelhantes, foram construídos os discursos-síntese, com número variado de participantes, na primeira pessoa do singular, que são os discursos do sujeito coletivo (DSC). Neles, o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual.

O DSC representa um recurso metodológico destinado a tornar mais claras e expressivas as representações sociais, permitindo que um determinado grupo social possa ser visto como autor e emissor de discursos compartilhados entre os membros do grupo (JODELET, 2001). Com o sujeito coletivo, busca-se reconstruir tantos discursos-síntese quantos se julguem necessários para expressar um dado pensamento ou uma representação social sobre um fenômeno.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por se tratar de uma abordagem qualiquantitativa, optou-se por se apresentar resultados e discussão em um mesmo capítulo para facilitar a identificação e localização no decorrer do texto dos temas abordados. Este capítulo inicia-se com resultados quantitativos relacionados à caracterização da população participante da pesquisa e segue a análise qualiquantitativa relacionada aos discursos coletivos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Os dados a seguir referem-se ao perfil dos profissionais que aceitaram participar da pesquisa, pois um profissional não aceitou participar da investigação. O universo é composto pelas seguintes categorias profissionais: enfermeiro (6), farmacêutico (4), médico (17), nutricionista (1), fisioterapeuta (3) e odontólogo (13), com um total de 44 profissionais de saúde (Figura 01).

Essa análise tem a função de caracterizar o perfil dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa por meio de variáveis como categoria profissional, sexo, faixa etária, vínculo empregatício e tempo de serviço na rede pública.

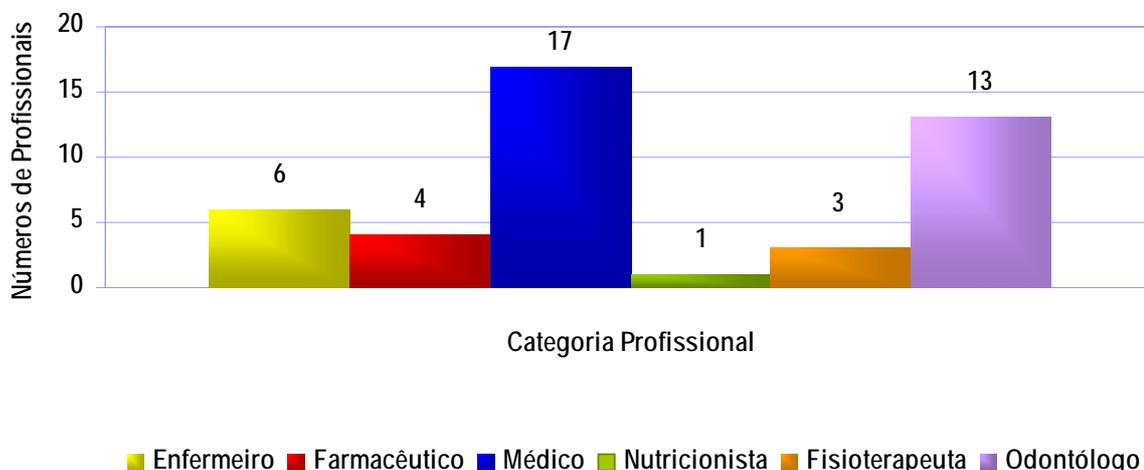


Figura 01 – Distribuição dos profissionais de saúde entrevistados de nível superior da rede pública conforme a categoria profissional, no Município de Bandeirantes/PR, 2006.

Os profissionais entrevistados são 22 do sexo masculino e 22 do sexo feminino (Tabela 01).

Tabela 01 – Distribuição dos entrevistados, de acordo com o sexo e categoria profissional, no Município de Bandeirantes/PR, 2006.

| CATEGORIA PROFISSIONAL | SEXO | | | | | |
|-------------------------------|----------|------|-----------|------|-------|------|
| | FEMININO | | MASCULINO | | Total | |
| | n | Freq | n | Freq | n | Freq |
| Médico | 4 | 24% | 13 | 76% | 17 | 100% |
| Odontólogo | 5 | 38% | 8 | 62% | 13 | 100% |
| Enfermeiro | 6 | 100% | 0 | 0% | 6 | 100% |
| Farmacêutico | 3 | 75% | 1 | 25% | 4 | 100% |
| Fisioterapeuta | 3 | 100% | 0 | 0% | 3 | 100% |
| Nutricionista | 1 | 100% | 0 | 0% | 1 | 100% |
| NÚMERO TOTAL DE ENTREVISTADOS | 22 | | 22 | | 44 | |

Quando se analisa o sexo por categoria profissional, observa-se a predominância do sexo feminino entre os enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e nutricionista, compatível com outros dados encontrados que revelam uma tendência à feminilização das profissões no mercado de trabalho em saúde, como os estudos de Machado (2000) e Gil (2005). Mas, segundo o Ministério da Saúde (BELLUSCI, 2003), na categoria dos médicos há uma predominância do sexo

masculino (55,9%), estando abaixo dos dados encontrados neste estudo (76%) para esta categoria.

Os profissionais de saúde entrevistados ficaram assim distribuídos; conforme faixa etária.

Tabela 02 – Distribuição dos profissionais entrevistados, conforme a faixa etária e categoria profissional, no Município de Bandeirantes/PR, 2006.

| Categoria Profissional | Idade (anos) | | | | | | | | TOTAL |
|------------------------|--------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|
| | 22-29 | | 30-39 | | 40-59 | | 60 e + | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Enfermeiro | 4 | 33 | 1 | 9 | 1 | 9 | 0 | 0 | 6 |
| Farmacêutico | 2 | 17 | 2 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Médico | 0 | 0 | 3 | 27 | 6 | 55 | 8 | 80 | 17 |
| Nutricionista | 1 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Fisioterapeuta | 3 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Odontólogo | 2 | 17 | 5 | 45 | 4 | 36 | 2 | 20 | 13 |
| TOTAL | 12 | 100 | 11 | 100 | 11 | 100 | 10 | 100 | 44 |

Os dados encontrados têm valores menores que os apontados por Machado (2000), em que predomina a faixa etária de 30 a 39 anos, com 40%. Na faixa etária de 22 a 29 anos a categoria profissional predominante é enfermeiro (33%), de 30 a 39 anos, odontólogo (45%), de 40 a 59 anos e acima de 60 anos, médico com 55% e 80%, respectivamente.

Ignarra (2002) relata que como consequência do incremento de novas escolas médicas, desde o final da década de 60, e acompanhando a tendência de rejuvenescimento da força de trabalho em saúde em geral, hoje a profissão médica é exercida majoritariamente por profissionais com menos de 45 anos de idade. Relata ainda que a maioria dos profissionais da medicina pertence à classe média urbana e dificilmente abandonará a estrutura de equipamentos sociais e culturais disponíveis nos grandes centros para se fixar no interior do país, o que não corresponde ao encontrado nesta pesquisa.

A Tabela 03 mostra predominância de profissionais com 1 a 10 anos de tempo de serviço na rede pública de saúde.

Tabela 03 – Distribuição dos profissionais entrevistados, conforme o tempo de serviço (anos) e categoria profissional, no Município de Bandeirantes/PR, 2006.

| CATEGORIA PROFISSIONAL | TEMPO DE SERVIÇO NA REDE PÚBLICA (anos) | | | | | | | | Total |
|-------------------------------|---|------|--------|------|---------|------|-----|------|-------|
| | <1 | | 1 a 10 | | 11 a 29 | | ≥30 | | |
| | n | Freq | n | Freq | n | Freq | n | Freq | |
| Médico | 1 | 6% | 5 | 29% | 7 | 41% | 4 | 24% | 17 |
| Odontólogo | 0 | 0% | 7 | 54% | 5 | 38% | 1 | 8% | 13 |
| Enfermeiro | 1 | 17% | 5 | 83% | 0 | 0% | 0 | 0% | 6 |
| Farmacêutico | 1 | 25% | 2 | 50% | 1 | 25% | 0 | 0% | 4 |
| Fisioterapeuta | 0 | 0% | 3 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 |
| Nutricionista | 1 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 |
| NÚMERO TOTAL DE ENTREVISTADOS | 4 | | 22 | | 13 | | 5 | | 44 |

Ao analisar cada categoria profissional isoladamente, os médicos se destacam porque apresentaram o maior tempo de serviço na rede pública, seguidos por odontólogos, em contraposição a enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e nutricionista.

Quanto ao tipo de contrato, predominam entre os entrevistados os contratados de trabalho pelo regime CLT³ (Consolidação das Leis do Trabalho), que mesmo estando em conformidade com a legislação vigente, têm descaracterizado o perfil do servidor público, que seria de se esperar na área de atuação em serviço de saúde público (Figura 02).

³ Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) - Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, sancionada pelo então presidente Getúlio Vargas, unificando toda legislação trabalhista existente no Brasil. Seu objetivo principal é a regulamentação das relações individuais e coletivas do trabalho, nela previstas.

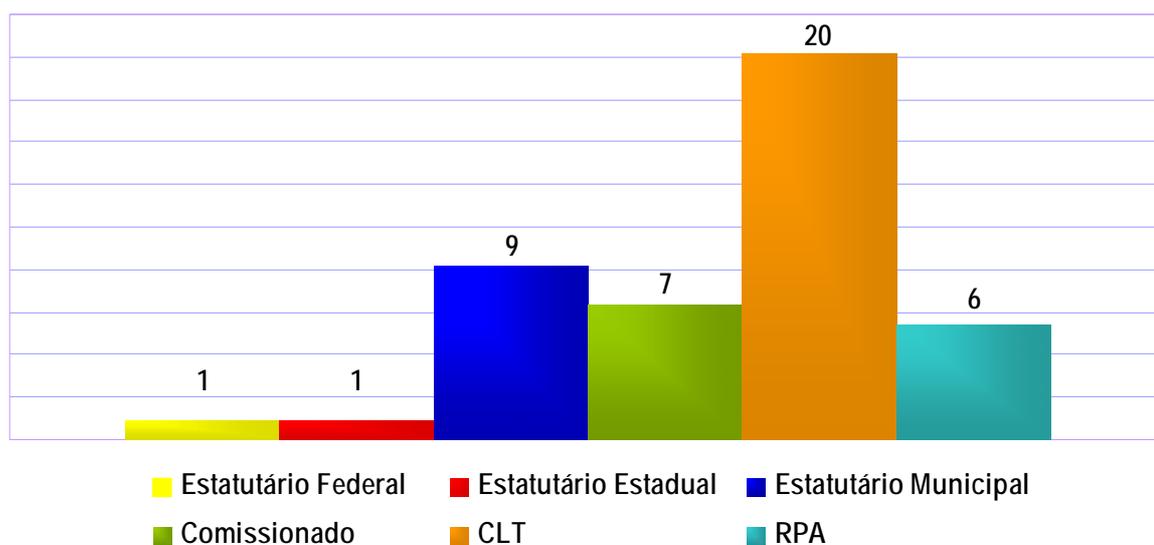


Figura 02 – Distribuição dos profissionais entrevistados, conforme o vínculo empregatício, no Município de Bandeirantes/PR, 2006.

Este predomínio de relações trabalhistas formais com contratos sem concurso público é um importante dado a ser destacado, considerando que o município não tem Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) e desta forma, não há oportunidade de ascensão profissional para esses trabalhadores. Segundo Farias e Vaitsman (2002), as diferentes formas de contrato podem gerar tensões, latentes ou manifestas, produzindo, não raro, uma hierarquia entre os estáveis e os contratados. A precarização dos vínculos de trabalho colocam, ainda, problemas derivados do cálculo custo/benefício envolvido no investimento em capacitação dos profissionais cuja permanência na organização é incerta ou manifestamente transitória.

Castro (2007) relata que a precarização das condições de trabalho tem sido assumida como uma destacada característica do mercado de trabalho no Brasil independentemente de suas configurações regionais, de setores, de ocupações ou profissões. Esta autora afirma ainda que o trabalho precário não é sinônimo de trabalho informal, mas que a ausência de estabilidade e segurança é o que torna vulnerável a condição de trabalho. Os vínculos por meio de empresas

terceirizadas ou contratações temporárias, por exemplo, representam situações de trabalho quase sempre marcadas pela precarização, mas que, do ponto de vista jurídico, podem ser legais.

Há diferenciações no que diz respeito em relação ao salário, garantia de emprego e jornada de trabalho decorrente dos diferentes vínculos empregatícios. Segundo Pires (2000), encontram-se diversas formas contratuais no conjunto do trabalho em saúde.

Esse dado é importante para que se tenha em mente que o trabalho precarizado é uma realidade do mercado de trabalho formal ou informal.

As relações de trabalho são múltiplas:

- Prestação de serviço: profissionais, grupos cooperativos ou empresas podem ter contrato de prestação de serviço com as instituições;
- Assalariamento: caracteriza-se pela venda da força de trabalho por um salário. É a relação de trabalho majoritária, com diferenciações entre as diversas categorias profissionais. Há grandes diferenciações em relação ao salário, garantia de emprego e jornada de trabalho;
- Precarização do trabalho: contratos temporários ou contratos para a realização de atividades especiais, sem as garantias trabalhistas que gozam os demais trabalhadores assalariados da instituição (PIRES, 1998; 2000).

As instituições públicas, segundo Pires (1998), visando diminuir os custos com a produção dos serviços, podem optar por formas de redução dos gastos com a remuneração da força de trabalho. A esta precariedade do vínculo de trabalho

tem-se atribuído as causas da alta rotatividade das equipes e, conseqüentemente, o comprometimento da formação de vínculos e o desenvolvimento de novas práticas profissionais que contribuam para a inversão do atual modelo de atenção à saúde (GIL, 2005).

Em concordância com Castro et al. (2007) tem se tornado urgente criar iniciativas e soluções para enfrentar o problema e se repensar a forma como profissionais de saúde, de diferentes categorias ocupacionais, comprometidos com a prestação de serviços à população, tem desempenhado as suas funções, expostos à instabilidade, insegurança e vulnerabilidade.

5.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE QUALIQUANTITATIVA DOS DISCURSOS COLETIVOS

Para facilitar a visualização do universo simbólico, os resultados e a discussão que se segue têm como base as respostas dos sujeitos da pesquisa apresentadas na forma de Discursos do Sujeito Coletivo e estão organizados por questão respondida.

As figuras metodológicas (Expressões-Chaves; Idéias Centrais e Ancoragem) utilizadas para confeccionar os DSCs estão no Apêndice D.

1ª QUESTÃO: Conte pra mim um dia típico de trabalho seu no serviço público de saúde.

Resultados Quantitativos

A Figura 03 destaca o compartilhamento das idéias centrais colhidas nos depoimentos dos 44 profissionais entrevistados nesta pesquisa, referente à questão 1, podendo cada sujeito ter contribuído com mais de uma idéia central para a composição de cada DSC e a Tabela 04 mostra a distribuição das idéias centrais por categoria profissional, referentes à mesma questão.

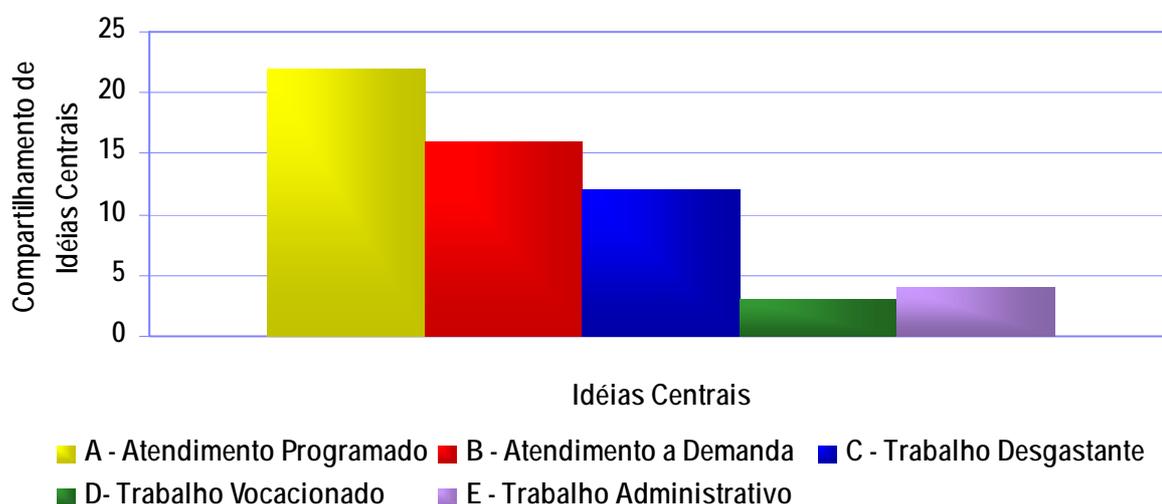


Figura 03 – Compartilhamento das idéias centrais, referente à questão “*Conte pra mim um dia típico de trabalho seu no serviço público de saúde.*” colhidas nos depoimentos dos profissionais entrevistados, no Município de Bandeirantes/PR, 2006.

Tabela 04 – Distribuição das Idéias Centrais referentes à questão “*Conte pra mim como seria um dia típico de trabalho seu no serviço público de saúde.*” colhidas nos depoimentos dos profissionais entrevistados, por Categoria Profissional, no Município de Bandeirantes/PR, 2006.

| IDÉIAS CENTRAIS | CATEGORIA PROFISSIONAL | | | | | | TOTAL |
|-------------------------|------------------------|------------|------------|-------------|----------------|---------------|-------|
| | Médico | Odontólogo | Enfermeiro | Farmacêutic | Fisioterapeuta | Nutricionista | |
| Atendimento Programado | 10 | 7 | 2 | 0 | 2 | 1 | 22 |
| Atendimento a Demanda | 8 | 2 | 3 | 2 | 1 | 0 | 16 |
| Trabalho Desgastante | 6 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 12 |
| Trabalho Vocacionado | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Trabalho Administrativo | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 4 |

* Total corresponde ao número de sujeitos que contribuíram para a composição de cada DSC, podendo os sujeitos ter contribuído com mais de uma idéia central.

Resultados Qualitativos

No resultado qualitativo, cada DSC reúne diferentes conteúdos e argumentos que compõem uma mesma opinião, ou uma opinião que é compartilhada por um conjunto de pessoas. Estes diferentes conteúdos e argumentos são reunidos num discurso, como o apresentado logo abaixo.

DSC A - ATENDIMENTO PROGRAMADO

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos referenciam que o atendimento programado é aquele em que os pacientes são pré-agendados; o atendimento é programado (agendado); atendimento a especialidades; visitas de domicílio.

“Chego às sete e trinta da manhã, já tem os pacientes agendados, e começo a chamá-los pela ordem de horário. Pra atender os pacientes portadores de necessidades especiais tem uma diferenciação que é a contenção, têm o controle do programa de hiperdia, glicemia capilar e pressão arterial, orientações porque é necessário que o paciente tenha todo o acompanhamento.

Tem também, o programa do sis/pré-natal que é o Sistema de Informação a Atenção ao Pré-natal e o grupo de gestantes. As gestantes participam nove meses desse grupo e, além dos trabalhos manuais é promovido o aleitamento materno, preparo da mama, o planejamento familiar, para promover a saúde dessas gestantes. A obstetrícia não é uma rotina porque sempre tem alguma coisa diferente a ser verificada, onde todo dia nós temos situações diferentes que vem até a incentivar o trabalho. Quando nasce esse nenê vamos trabalhar o programa de puericultura que é o acompanhamento nos primeiros dias de vida até um ano de vida e a vacinação.

O atendimento de fisioterapia, pacientes de ortopedia, cardiologia, pneumologia, ortopedia, traumatologia, pediatria, neurologia, tuberculose, hanseníase e acompanhamento nutricional são feitos conforme a necessidade e patologia do paciente: se é semanal, mensal, bimestral ou trimestral; também fazemos atendimento no asilo. Pedimos exames radiológicos; fazemos gesso ambulatorialmente; infiltrações; exames laboratoriais e as medicações são receitados de acordo com as medicações disponíveis no posto do SUS.

Temos também que dar conta das visitas domiciliares: isso é infalível, é obrigação do ofício e dos curativos domiciliares para atender pacientes acamados. Os pacientes que são debilitados pedimos ajuda da ambulância para poderem fazer a fisioterapia.

Então dentro do possível, procuramos resolver a maioria dos casos, mas temos dificuldade porque dependemos de muitos exames que não dá para se fazer no momento. Basicamente é isto o trabalho típico no posto de saúde.”

(Suj. F2, J4, N9, R11, S12, P13, O17, R19, A21, A23, I26, C30, J31, O32, V34, P35, E36, J37, I40, N41, D43, M44)

O DSC “Atendimento Programado” é um dos mais freqüentes entre os profissionais de saúde. Carrega expressões em que os profissionais entrevistados compartilham a idéia de que um atendimento programado se volta ao atendimento a pacientes pré-agendados; agendados; consultas com especialistas e as visitas de domicílio. Observa-se no discurso que as práticas dos profissionais de saúde estão voltadas também para as ações de programas ministeriais, tais como: ações ligadas à saúde da mulher, da criança, a saúde bucal, e entre outras.

Segundo Paim (2003) as ações programadas utilizam da programação como instrumento de redefinição de trabalho em saúde, tomando como ponto de partida a identificação das necessidades sociais de saúde da população que demanda os serviços das unidades básicas. Os principais problemas deveriam ser identificados na comunidade mediante estudos epidemiológicos que orientam a oferta organizada ou programada no nível local, o que implica na incorporação do planejamento em saúde no cotidiano dos profissionais.

No entanto, o discurso expressa que o planejamento em saúde não faz parte da realidade dos profissionais desta pesquisa. Visto que a programação significa estabelecer um conjunto de ações, atividades e tarefas que serão executadas de acordo com os recursos humanos, físicos, materiais e financeiros necessários para se cumprir os objetivos definidos. E como atividade institucional, sua elaboração deve ser feita a partir da identificação, priorização e análise dos problemas, buscando alternativas para transformar as decisões em ações efetivas.

Isto supõe, segundo Paim (2003), que as instituições de saúde, além de definirem as suas atribuições e seu organograma, precisariam incorporar em seu cotidiano a prática do planejamento, de modo a garantir certa racionalidade no uso dos recursos, o alcance dos objetivos definidos e a participação dos segmentos sociais interessados. Da mesma forma, a rotinização de procedimentos de gestão (programação, organização, direção, acompanhamento e avaliação) o que poderia segundo o autor, favorecer a efetivação dos ajustes necessários ao desenvolvimento do SUS.

DSC B - ATENDIMENTO A DEMANDA

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos referenciam que o atendimento é realizado ao público de acordo com a demanda; faz atendimento de urgência; o profissional cumpre horário e encaminha os casos para especialistas.

“Chego ao SUS identifico a demanda: se tem alguma criança com problema mais sério, tento conversar com essas mães porque a gente faz um atendimento materno infantil e entrego a ficha. Temos atendimento a pacientes ortopédicos, neurológicos e pediátricos, diabetes, pressão alta, prevenção do colo uterino, de mama, a puericultura, a vacinação. Todos os pacientes são triados, verificamos a pressão, temperatura, pulso e peso. Saindo do consultório são realizadas injeções, inalações, curativos e orientação quanto ao uso do medicamento. E ainda dependo da demanda para poder produzir cada tipo de medicamento, tem que estar com mais da metade pronta porque às três horas da tarde começa a entrega dos medicamentos.

No período da tarde, as consultas são mais de urgências e poucas são de orientação e tratamento. Atuo também correndo os postos de saúde, cada dia eu vou a um posto de saúde para fazer a parte de pediatria; se tiver alguma outra urgência fazemos o atendimento nesse período, se não, atendo todos os pacientes e vou embora; tem dia que saímos para fazer as visitas domiciliares em pacientes acamados, tenho feito em média uma por dia não mais que isso porque não dá tempo.”

No PSF que é o Programa Saúde da Família, como é um serviço generalista, os casos mais complexos que há necessidade de uma avaliação da especialidade como pediatria, ginecologia, obstetria, ortopedia e psiquiatria são sempre encaminhadas para o Pronto Atendimento e para a Santa Casa. Normalmente nos tratamentos de alta complexidade fazemos encaminhamentos fora do domicílio, que é o TFD ou para o CISNOP.

(Suj. F2; T3; E10; M12; A14; E20; Y25; N28; C30; O32; P35; J37; I40; M42; D43; M44.)

No DSC “Atendimento a Demanda”, as expressões se voltam ao atendimento realizado ao público de acordo com a demanda espontânea; ao atendimento de urgência e o encaminhamento dos casos complexos para especialistas. Observa-se no discurso que a forma de organização do atendimento na maioria das vezes, é baseada na queixa clínica, ou seja, em ações de caráter curativo.

Nesse caso, segundo Paim (2003), o modelo assistencial voltado para a demanda espontânea, ou seja, no modelo médico hegemônico, as preocupações das instituições de saúde restringem-se a manter em funcionamento uma dada oferta de atendimento. É a pressão espontânea e desordenada da demanda que condiciona a organização de recursos para a oferta, o que tende a prejudicar o atendimento integral ao paciente e à comunidade, além de não se comprometer com o impacto sobre o nível de saúde da população.

Neste discurso, fica claro que a unidade de saúde aguarda que a população procure pelo atendimento e cada trabalhador assume a sua posição no processo de trabalho. A recepção, na prática, realiza a triagem dos usuários que chegam à Unidade Básica de Saúde, onde certo número já é excluído antes de

entrarem, em face de uma dada organização do processo de trabalho que não permite uma ação acolhedora na entrada da Unidade. Os que ingressam no serviço podem seguir dois caminhos: a consulta médica geral ou especializada, no limite da oferta que é administrada por fichas, de forma sumária e racionada; e os procedimentos de enfermagem prescritos anteriormente pelo médico.

Para Merhy (2006), no modelo “médico procedimento centrado”, a consulta médica é o centro do trabalho desenvolvido na Unidade. A partir dela, é ofertado um “cardápio” de serviços a serem executados pelos outros profissionais. A recepcionista que recebe o usuário e lida com a agenda assinalando se há ou não vaga para a consulta médica ou outra consulta/atendimento (curativo, teste de gravidez, etc.), é responsável também pela montagem e guarda do prontuário. Em alguns serviços, a agenda da odontologia fica com a auxiliar odontológica e não na recepção, reforçando a fragmentação e criando uma outra unidade de saúde: a unidade odontológica.

Após a recepção, o auxiliar de enfermagem realiza a pré-consulta que se constitui em outra etapa desse processo de trabalho. Nela se levantam as queixas, procede-se à pesagem e em alguns casos à mensuração de estatura, temperatura e pressão arterial. A consulta médica limita-se, quase sempre, ao usuário expor sua queixa principal e ao médico prescrever uma conduta. Na pós-consulta, o trabalhador reforça as orientações médicas e os encaminhamentos, direcionando o usuário para as próximas etapas de atendimento. Outros trabalhadores realizam sua parcela de trabalho nas salas de vacina, curativo, inalação, terapia de reidratação oral, expurgo e esterilização de material e limpeza da unidade.

Essa aparente simplicidade de um trabalho encadeado oculta as contradições do processo de trabalho, as desigualdades de saber e poder, as diferenças sociais e de acesso, mas principalmente a manutenção da alienação do trabalhador em relação à sua inserção nesse processo de produção (FORTUNA et al., 2002).

Contudo, segundo Silva e Trad (2005), a necessidade de responder às demandas do serviço impede, muitas vezes, de serem colocadas em prática as ações programadas.

Então, como a realidade é expressa no discurso, o planejamento é realizado de forma individualizada, isto é, cada profissional define suas ações e programa suas atividades. É um desafio para o município organizar a demanda e redefinir o modelo de atenção, necessário para dar maior resolutividade aos problemas de sua população.

DSC C - TRABALHO DESGASTANTE

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos apresentam idéias referentes ao dia de trabalho corrido, puxado, sobrecarregado, atribulado, salário baixo.

“O dia já começa corrido, o trabalho é bem puxado, bastante agitado, os pacientes agendados já estão esperando. Na parte da manhã a gente fica no posto de saúde e a tarde sai para fazer visitas nas casas. Normalmente chego, vejo o que tem aqui pra assinar, o que é que tem do dia anterior, as fichas são soltas pelo recepcionista, faço a triagem e em seguida o atendimento, entrego os medicamentos, faço as orientações, as medicações intramusculares e endovenosas, os curativos e os testes de diabetes; depois vou fazendo as outras coisas que vai aparecendo durante o dia, mas é bastante atribulado porque sempre tem muita gente para atender, muitos documentos para agilizar. Entro em contato com todo o tipo de problemas pessoais dos doentes, de saúde, financeiros, de relacionamento que não compete ao profissional de saúde resolver, fora as emergências que aparece. Atendo crianças, adultos e todos os tipos de doenças. Todo dia é praticamente assim, mas os pacientes são tratados no período certinho para não ocorrer atropelo entre um e outro.

O serviço público de saúde requer uma agilidade, tem que saber filtrar as queixas porque a demanda é muito grande e apesar do PSF ser integral, não estamos disponíveis para ficar o tempo de oito horas, porque além de você ficar sujeito a só um serviço e o salário ser pouco o que te obriga a trabalhar em dois ou quatro lugares, fora às vezes o plantão de 24 ou 48 horas que você sai e vai direto para o serviço.

É uma loucura, um único profissional que resolver 100% da produção, tem que desdobrar em mil para conseguir fazer todas as tarefas porque todos os funcionários do serviço público têm sobrecarga de função pela pouca quantidade de funcionários que temos. Então eu acho que todo funcionário do setor público é muito sobrecarregado.

Na verdade, estou apagando fogo porque não consigo planejar o meu trabalho, tenho que fazer o que a demanda está pedindo no dia. Essa é mais ou menos a rotina, acho que a minha pelo menos e de alguns, fazemos muito por amor a profissão mesmo porque quem não gosta não adianta nem

ingressar no serviço público, porque o SUS (Sistema Único de Saúde) no papel ele é bonito, mas aqui não.”

(Suj. C5; P6; S7; N8; F16; A24; A27; E29; S33; V38; H39; N41.)

No DSC “Trabalho Desgastante”, os sujeitos apresentam idéias referentes ao dia de trabalho corrido, puxado, sobrecarregado, atribulado, salário baixo, em função da falta de planejamento em saúde no cotidiano dos profissionais e um modelo assistencial voltado para a demanda espontânea como expressa nas idéias compartilhadas anteriormente.

Segundo Botti e Scochi (2006) o Sistema Único de Saúde (SUS) prevê que suas ações devam ser desenvolvidas por uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde, com tecnologias adequadas para cada nível, visando ao atendimento de saúde integral à população. Considera-se que a organização do SUS constrói-se principalmente pela implantação de redes de Unidades Básicas de Saúde (UBSs), objetivando priorizar as ações de atenção básica. No entanto, semelhante ao que ocorre em outras áreas da administração pública, como educação, segurança e assistência social, o processo organizativo das UBSs ainda é deficiente, dificultando a concretização das políticas públicas.

O depoimento dos profissionais denota que o processo produtivo é organizado de forma parcelada, fragmentada, isolada e sob demanda espontânea, o que implica muitas vezes na total absorção dos profissionais em atividades de caráter imediato e pouco resolutivo. Apesar da estratégia Saúde da Família propor a inversão do modelo de assistência vigente, o depoimento mostra que não se consegue superar o modelo de assistência sustentado na atenção à livre demanda; ele é curativo, individual, oneroso e pouco resolutivo frente aos reais problemas de saúde da população.

O discurso mostra a divergência que ocorre no cotidiano, ou seja, a contradição do que é proposto como modelo de assistência à saúde na teoria e do que realmente se estabelece na prática das unidades básicas do município. Essa baixa resolubilidade, segundo Feuerwerker (2005), pode ser explicada de várias maneiras, entre as quais:

- a desarticulação entre a atenção básica e os demais serviços de saúde, e a ausência de mecanismos de articulação entre eles;
- as limitações de acesso a procedimentos diagnósticos e especialistas;
- o perfil de formação dos profissionais.

Quanto à disponibilidade, essa postura profissional tem sido justificada pela baixa remuneração e precárias condições de trabalho das unidades públicas. Segundo Campos (1992) esses argumentos se repetem incansavelmente nas entidades médicas e essa postura é decorrente da projeção da cultura neoliberal da maioria dos médicos. A visão desgastante está presente predominantemente na categoria médica.

Cerca de dois terços dos médicos em exercício profissional, no Brasil, ainda dividem o seu tempo de trabalho entre postos típicos de emprego assalariado com atividades também típicas da pequena produção: consultórios, cooperativas, membros autônomos de corpos clínicos (CAMPOS, 2007).

Em quase todo o Brasil eles não cumprem o horário completo para o qual são contratados, o que tem obrigado os dirigentes do sistema a aceitar mil formas negociadas de acordos, que tornam letra morta os contratos de trabalho: cumprimento parcial do tempo estipulado, definição de produtividade mínima, após o que estariam liberados do compromisso com o horário (CAMPOS, 1992).

A necessidade de responder às demandas do serviço, muitas vezes, segundo Silva e Trad (2005), impede de serem colocadas em prática as ações programadas. Além disso, o grande número de atividades realizadas pelo profissional faz com que, ao longo do tempo, a concepção do trabalho se fragmente. O planejamento é realizado de forma individualizada, isto é, cada profissional de nível superior define suas ações e programa suas atividades de acordo com a demanda, tentando sempre “apagar incêndio”, como expresso no depoimento.

DSC D - TRABALHO VOCACIONADO

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos apresentam idéias referentes à satisfação de trabalhar no serviço público, atendimento humanizado.

“O meu trabalho do dia a dia no serviço público de saúde em primeiro lugar é de satisfação e muita alegria. Atendo o público de uma maneira em geral, sem fugir daquele trabalho que você desenvolve na sua atividade profissional diária porque o serviço público é procurado exatamente pelas pessoas que são parte da sociedade mais carente que muitas vezes vem aqui não por uma dor, mas até pra conversar. Então tem que se usar um pouco da psicologia, até um pouco de conhecimento de medicina.

Quando o paciente chega ao serviço público espera receber desse serviço àquilo que de melhor se possa proporcionar e o trabalho do profissional nesta área tem que estar voltado exatamente para este aspecto de respeito ao cidadão, atender de uma maneira mais humana. O serviço público no Brasil melhorou muito nos últimos anos, embora ainda falte uma coisa, mas apresenta uma qualidade bem razoável para o atendimento dessas pessoas.”

(Suj M1; E15; M22.)

No DSC “Trabalho Vocacionado” as expressões se voltam à satisfação de trabalhar no serviço público e ao atendimento humanizado, estando presente em duas categorias: odontólogos e médicos.

Este discurso vem ao encontro do estudo de Ignarra (2002), com as representações de estudantes sobre a profissão, tendo uma das idéias a representação social da medicina como um ideal de ajudar o próximo. Pode ser uma forma de lidar com a convivência com a desigualdade e a exclusão, de pagar uma dívida social por pertencer a um segmento privilegiado da sociedade. Trata-se de uma idéia ligada à de sacerdócio, como a da vocação.

Ayres (2001) defende que a concepção de sujeito predominante no pensamento sanitário não está em sintonia com os principais

valores e pressupostos que o orientam hegemonicamente na atualidade. Para esse autor, há dois núcleos de significação implícitos nessa concepção de sujeito: o primeiro é a idéia de permanência, de mesmidade, que reside no âmago desse sujeito-identidade, esse que é igual a si mesmo através dos tempos, que “faz a si mesmo a partir de uma natureza dada”, moldada por um “devir voluntário”, uma “conquista pessoal”. O segundo é a idéia de produção em que se apóia o sujeito-agente da história. O ser histórico é o ser produtor, aquele que introduz ou melhora coisas ou idéias para o progresso da vida humana.

DSC E - TRABALHO ADMINISTRATIVO

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos apresentam idéias referentes à supervisão, coordenação, organização e planejamento do serviço.

“Chego e vou fazer a supervisão dos agentes comunitários de saúde do PACS e depois vou tentar fazer um pouquinho da coordenação do PSF e no final do dia faço a supervisão dos agentes de novo, que é a hora que eles voltam e verifico se estão com problemas. Sem contar outras atividades que eu realizo como o andamento do serviço, agendamento de todos os clientes, serviço de raios-X, agendamento de TFD, esterilização, controle dos medicamentos da portaria 344, processos de medicamentos excepcionais, conferência e armazenamento de medicamentos, realizo também a seleção dos medicamentos para o processo de licitação.

Faço a responsabilidade dos funcionários, planejando férias, os horários e nunca deixo de ter um funcionário aqui disponível ao paciente. Sem contar alguns relatórios, questão de metas, prestar conta de todas as atividades desenvolvidas aqui dentro. Quando tem alguma campanha educativa eu tenho que organizar, então durante o dia eu tento organizar essas coisas.”

(Suj F2; T3; P6; L18.)

No DSC “Trabalho Administrativo”, os sujeitos apresentam idéias referentes à supervisão, coordenação, organização e planejamento do serviço.

O mais interessante é observar que nestes profissionais entrevistados a visão administrativa está presente em duas categorias, enfermeiros e farmacêuticos, ao passo que o nutricionista só aparece nas atividades programáticas. Segundo Araújo e Freitas (2006), o objeto de trabalho farmacêutico na unidade de saúde é fortemente marcado pela gestão burocrática, ou seja, garantir a disponibilidade do medicamento ao atendimento à demanda, o que dificulta a interação farmacêutico/usuário. As atividades desenvolvidas estão condicionadas às condições do local de trabalho e ao modelo de gestão. E ainda a

visão vocacional está presente em duas categorias, odontólogos e médicos. Para Ignarra (2002), o ser médico significa, de certo modo, adotar o modelo de trabalho sacerdotal, pela exigência típica da medicina de atendimento imediato e obrigatório ao indivíduo necessitado de cuidados.

Quanto aos enfermeiros, Silva e Trad (2005) afirmam que esta categoria acaba mediando às relações não só entre os trabalhadores da equipe, mas também destes com a coordenação municipal, o que pode ser atribuído ao fato de que, historicamente, o profissional de enfermagem tem assumido preferencialmente funções de gerência e administração nos serviços de saúde. Além disso, enfermeiro insere-se na produção da Unidade com fazeres técnicos (atendimentos específicos) e burocráticos (escalas, pedidos de materiais). (FORTUNA et al., 2002).

A campanha educativa expressa no DSC confirma as afirmações de Albuquerque e Stotz (2004), em que as atividades de educação em saúde são conduzidas, muitas vezes, de acordo como o programa da ocasião ou a epidemia em pauta (hoje é dengue, amanhã é diabetes, depois a vacinação dos idosos e assim por diante), sem preocupação com a integralidade no próprio processo educativo ou com uma continuidade de ações junto à comunidade. O mais difícil é que essas demandas por “campanhas” educativas tomam conta dos serviços de saúde, devido ao grande volume de atividades necessárias à sua viabilização, provocando a paralisação dos profissionais que se vêem sem tempo para o desenvolvimento de um trabalho mais estruturador. Nesse processo, a relação com a comunidade tende a se tornar utilitarista, quando conduzida para garantir mobilização dos indivíduos para as campanhas.

A estratégia de viabilização do SUS não pode se basear centralmente na subordinação dos trabalhadores de saúde por meio de métodos administrativos. Há que se criar uma dinâmica e funcionamento do sistema de tal maneira que os denominados “recursos humanos” sejam um dos principais sujeitos do processo de mudança (CAMPOS, 1992).

2ª QUESTÃO: Como você definiria trabalho multiprofissional em saúde no serviço público?

Resultados Quantitativos

A Figura 04 destaca o compartilhamento das idéias centrais colhidas nos depoimentos dos 44 profissionais entrevistados nesta pesquisa, referente à questão 2, podendo cada sujeito ter contribuído com mais de uma idéia central para a composição de cada DSC. A Tabela 05 mostra a distribuição das idéias centrais por categoria profissional, referentes à mesma questão.



Figura 04 – Compartilhamento das idéias centrais, referente à questão “Como você definiria trabalho multiprofissional em saúde no serviço público?” colhidas nos depoimentos dos profissionais entrevistados, no Município de Bandeirantes/PR, 2006.

Tabela 05 – Distribuição das Idéias Centrais referentes à questão “Como você definiria trabalho multiprofissional em saúde no serviço público?” colhidas nos depoimentos dos profissionais entrevistados, por Categoria Profissional, no Município de Bandeirantes/PR, 2006.

| IDÉIAS CENTRAIS | CATEGORIA PROFISSIONAL | | | | | | TOTAL |
|---|------------------------|--------------|--------------|--------|---------------|------------|-------|
| | Enfermeiro | Farmacêutico | Fisioterapia | Médico | Nutricionista | Odontólogo | |
| Trabalho desenvolvido por áreas/setores/serviços diferentes | 1 | 0 | 1 | 4 | 0 | 2 | 8 |
| Trabalho desenvolvido por profissionais diferentes (equipe multiprofissional) | 4 | 4 | 1 | 10 | 1 | 7 | 27 |
| Trabalho em equipe | 2 | 1 | 1 | 3 | 0 | 1 | 8 |
| Trabalho multifuncional | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 5 |
| Trabalho humanizado | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 5 | 9 |
| Sem resposta | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |

* Total corresponde ao número de sujeitos que contribuíram para a composição de cada DSC, podendo os sujeitos terem contribuído com mais de uma idéia central.

Resultados Qualitativos

Os discursos expressam, nas representações dos sujeitos entrevistados, uma divergência ao destacar as concepções quanto ao trabalho multiprofissional. Por apresentar um dissenso, optou-se por apresentar nesta questão primeiro os DSCs para facilitar a discussão e compreensão.

DSC A - TRABALHO DESENVOLVIDO POR ÁREAS/SETORES/SERVIÇOS DIFERENTES

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos apresentam idéias referentes ao trabalho integrado por áreas, setores e serviços diferentes.

“Definiria como uma união entre todas as áreas da saúde, um trabalho integrado de cada setor onde vários profissionais de diferentes áreas vão dividir as suas dúvidas, o seu conhecimento com seus outros colegas de trabalho e proporcionar um melhor atendimento para os usuários do SUS. Ele é prioritário para um melhor atendimento ao paciente.

Para a validade e efetividade do trabalho multiprofissional, temos que relacionarmos com as demais áreas de saúde, porque os problemas não existem somente na área da saúde, estão relacionados com outros setores. Seria o ideal no atendimento ao público, mesmo porque algumas patologias fogem a capacidade de resolução do serviço de saúde do município. Alguns setores já se fazem presentes, no caso da obstetrícia, atendimento fisioterápico a gestantes, serviço de gestação de alto risco, serviço de apoio a exames complementares, mas ainda carecem de um contorno completo, como: serviços de fisioterapia respiratória, otorrino, laringologia e também de fonoaudiologia que vira e mexe na rede pública tem que estar disponível pra pode fazer o tratamento. Também faz parte do trabalho multiprofissional na saúde pública o saneamento básico.”

(Suj M1; E15; L18; V34; P35; E36; P13; J37.)

DSC B - TRABALHO DESENVOLVIDO POR PROFISSIONAIS DIFERENTES (EQUIPE MULTIPROFISSIONAL)

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos apresentam idéias referentes ao envolvimento de vários profissionais de formação e especialidades diferentes formando uma equipe.

“O trabalho multiprofissional é a integração, o envolvimento de vários profissionais de formação e especialidades diferentes como médico, dentista, farmacêutico, fonoaudiologista, fisioterapeuta, psicóloga, enfermeira padrão, nutricionista, assistente social, auxiliares e técnicos de enfermagem, moça da limpeza, o atendente do balcão e agentes comunitários para que se tenha uma equipe formada, para poder assim solucionar os problemas necessários que há de surgir no dia-a-dia do atendimento do posto de saúde.

Tem que ter certa harmonia, respeitar a inter-relação com as outras disciplinas da odontologia e médica, uma concatenação, todos falando a mesma língua, um dando respostas pra necessidades do outro, para gerar uma totalidade, um resultado eficiente que seria o atendimento global.”

(Suj F2; T3; J4; P6; S7; N9; R11; M12; A14; F16; O17; A23; A24; I26; E29; L30; J31; O32; S33; J37; V38; M42; D43; M44; M22; N28; N41.)

Para Peduzzi (2001), tanto na produção teórica, quanto na prática em serviços, predomina a concepção de equipe do senso comum, em que a equipe é representada como o conjunto de profissionais em situações comum de trabalho. Esse senso comum sobre a concepção de equipe está presente nos DSCs, e a

autora refere ainda que se fosse assim, todo conjunto de trabalhadores configuraria equipe e todo trabalho seria trabalho em equipe.

Nos DCS A e B mostram a complementaridade periférica e a ausência de articulações, pois estas implicam evidenciar conexões entre saberes e intervenções distintos que são igualmente necessários para a atenção integral às necessidades de saúde do usuário. A interação das ações ocorre no trabalho com o outro, por meio da comunicação, da mediação simbólica da linguagem. Para Peduzzi (1998), o trabalho em equipe multiprofissional consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configuraria na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio dessa relação dialética, entre trabalho e interação, os agentes poderiam construir um projeto assistencial comum e pertinente para a atenção integral às necessidades de saúde dos usuários do serviço.

Mas, não basta apenas ter uma equipe formada, como visto no referencial teórico. Para o sujeito decidir mudar ou incorporar novos valores a sua prática e conceitos, é necessário o contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho e a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto tem que ser intensamente admitido, vivido e percebido. A reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir mudanças na prática.

DSC C - TRABALHO EM EQUIPE

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos apresentam idéias referentes ao trabalho em equipe, em conjunto.

“O trabalho multiprofissional é prioritário para a validade, para a efetividade e integralidade das ações. Ao meu entender é um trabalho em equipe, é a união de esforços de toda a equipe pra que se consiga fazer um bom trabalho, uma coisa conjunta sem deixar nenhuma solução de continuidade,

como se fosse uma coisa só trabalhando - uma equipe com um único objetivo, ou seja, é a necessidade de trabalhar tudo em conjunto, não cada um isoladamente. Seria o trabalho em que um profissional complementa o serviço do outro, trocando idéias, trocando consultas, dividindo suas dúvidas, o seu conhecimento com seus outros colegas de trabalho para que tenha um bom sucesso no final do dia."

(Suj. N8; P13; A27; N41; A23; A24; J37; M42.)

No DSC C nas quais os sujeitos apresentam idéias referentes ao trabalho em equipe, os profissionais introduzem a comunicação à medida que se referem à troca de idéias, consultas, dúvidas e ao conhecimento do trabalho do outro. O que vai ao encontro do estudo desenvolvido por Peduzzi (1998) em que refere que o trabalho em equipe é permeado pela comunicação e interação dos agentes.

A autora considera duas dimensões inerentes ao trabalho em equipe: a articulação das ações e a interação dos profissionais. Quando a equipe é multiprofissional, como visto no referencial teórico, a articulação refere-se à recomposição de processos de trabalhos distintos e, portanto, considera as conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional, bem como a preservação das respectivas especificidades. E chama atenção ainda para o fato de a formação dos profissionais de saúde estar pautada no modelo biomédico, o que pode representar uma limitação para a atuação na esfera da interação, entendida como uma prática comunicativa por meio dos quais os envolvidos buscam o consenso quanto a um projeto comum.

Apesar das divergências nos depoimentos sobre o trabalho multiprofissional, os profissionais expressam a comunicação como elemento facilitador, ou seja, que faz fluir o trabalho, mas segundo Peduzzi (1998) esta forma comunicacional que se assenta na linguagem especializada, figura também como um possível obstaculizador daquele fluxo.

Trata-se de certa forma comunicacional em que a autora destaca duas perspectivas. Uma delas é a utilização da comunicação verbal como instrumento que otimiza a intervenção técnica de cada um dos agentes, e que como tal, centra-se na emissão unilateral de informações, não havendo trocas comunicacionais e sim emissão-recepção de mensagem. A outra perspectiva é aquela que apresenta a comunicação como instrumento de articulação dos diversos trabalhos especializados, em que estes se conectam ainda que não necessariamente por meio da interação.

Desse modo, esta comunicação que emerge dos depoimentos, somente instrumentaliza o tecnológico, sem buscar construir consensos em torno de normas e valores que precisam ser justificados e validados no âmbito da intersubjetividade dos agentes do trabalho, conforme a noção de agir-comunicativo de Habermas, como abordado no referencial teórico.

As diretrizes curriculares explicitam essa necessidade como elemento comum da formação, mas a prática mostra que não são suficientes para superar conceitos e práticas hegemônicos, solidamente instalados dentro e fora das instituições formadoras.

O trabalho de equipe em saúde, que normalmente se entende como algo harmônico, tranquilo, é na verdade uma efervescência de interesses, conflitos, acordos e desacordos. É uma rede de relações complexas, na qual poucos gestores investem para que essas contradições ganhem visibilidade e sentido para os envolvimento (FORTUNA et al., 2002).

A articulação das ações ou dos trabalhos requer, da parte de cada agente, um dado conhecimento acerca do trabalho do outro e o reconhecimento de sua necessidade para a atenção integral à saúde. Ou seja, a própria articulação das

ações requer, ao menos, certa modalidade de relação entre os agentes, em que, ao menos algumas informações sejam trocadas, mesmo que não se estabeleça um agir comunicativo como interação (SCHRAIBER et al., 1999).

DSC D - TRABALHO MULTIFUNCIONAL

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos apresentam idéias referentes ao profissional que exerce várias ocupações.

“Trabalho multiprofissional na saúde pública seria além do cargo da função profissional exercer outras funções, não se limita especificamente a um profissional que chega e fala bom dia, senta e até logo, quer dizer, tem que ter a parte humana porque a gente acaba pegando situações em que a gente também não consegue desenvolver o nosso atendimento, a gente realiza o nosso atendimento, e muitas vezes fazemos um serviço de psicólogo, de dentista, de enfermeiro, de assistente social, de técnico e não adianta você falar que não vai englobar porque com o tempo você vai. Também acho que devemos sair um pouco da rotina, fazer parte de um grupo que tem um hospital e ter um pouquinho de terra, cuidar de gado, cuidar de café, então eu acho que seria um trabalho multiprofissional.”
(Suj J5; M22; Y25; I40; F2.)

A visão distorcida do trabalho multiprofissional é comum neste discurso. O falar que atua como outro profissional parece ser uma necessidade de fuga ou tentativa de resolver um problema apresentado, pode ser um desvio de entendimento da sua função.

A multiprofissionalidade, segundo Feuerwerker e Sena-Chompré (1999), diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais, ou seja, refere-se à organização do processo de trabalho que é realizado por diferentes profissionais.

A abordagem do modo de trabalho assumindo funções de como se fosse outro profissional ou outra especialidade é uma maneira de considerar-se auto-suficiente e contradiz o que é o real trabalho em equipe, ponto inicial para a atuação multiprofissional. Dotar o profissional de habilidades para atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente, transdisciplinarmente e trabalho em equipe, assim como a comunicação, também é explicitada nas diretrizes curriculares

nacionais para o ensino de graduação em saúde, na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética.

O trabalho em equipe requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a atenção primária, a qual toma a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social. É a busca da promoção da saúde, prevenção e reabilitação, trazendo a intersetorialidade como parceira na resolutividade dos problemas de saúde (PEDUZZI, 1998).

DSC E - TRABALHO HUMANIZADO

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos apresentam idéias referentes ao cuidado, ao tipo de trabalho, a atenção dada ao paciente durante o atendimento.

“Trabalho multiprofissional eu defino como uma equipe de áreas correlatas trabalhando com um único objetivo, o bem estar do paciente. É interpretar o paciente como um todo, não só a boca, não só o dente, mas encarar o paciente de uma maneira que vise restabelecer a sua saúde não importando raça, religião ou criança, mulher, adulto, idoso, a gente tem que tratar ele ao todo, normal, sem discriminação. A humanização no atendimento integral a todos os tipos de pacientes não é só assistência à saúde, mas é desenvolver a integralidade das ações com o restabelecimento do estado físico e emocional do paciente para melhoria da qualidade de vida.”
(Suj E10; R19; E20; A21; N28; N8; A23; F2; N9.)

Os profissionais no DSC E apresentam idéias referentes ao cuidado, ao tipo de trabalho e a atenção dada ao paciente durante o atendimento integral como trabalho multiprofissional.

Para Albuquerque e Stotz (2004), a integralidade é um princípio pelo quais as ações relativas à saúde devem ser efetivadas, no nível do indivíduo e da coletividade, buscando atuar nos fatores determinantes e condicionantes, garantindo que as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde integrada. Uma visão interdisciplinar que incorpore na prática o conceito ampliado de saúde.

A Humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, com o intuito de aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, implica em mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho.

A integralidade é tomada como eixo para propor e apoiar as necessárias mudanças na formação de profissionais, e implica na compreensão ampliada da saúde, a articulação de saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares. Para Machado et al. (2007) é importante que o elemento integralidade esteja inserido na consciência crítica dos profissionais de saúde e da comunidade, para que, partindo de um contexto complexo e com o qual estão em constante interação, possibilitem ações transformadoras integralizadas e mútuas.

Para dar eficácia ao processo de humanização dos serviços de saúde, a política destaca o papel do gestor, e a dependência direta das condições de trabalho do profissional de saúde. Atualmente no município deste estudo não existe nenhum programa específico para atendimento à estratégia de Humanização no SUS.

DSC F - SEM RESPOSTA

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: não respondeu a questão.

“Você já ouviu falar em PSF? Qual é a finalidade? Para que é? Pra diminuir a sobrecarga daqui e de todos os hospitais, mas o que eles fazem? Trazem o doente aonde? Para o consultório (bate na mesa) e pagam por mês, e ele em vez de pagar os médicos para atender nas casas oito horas, ele atende duas, quatro horas e ganha. Só que também não ganha integral. Não tem o que falar.”
(Suj H39)

O discurso gerado como sem resposta é na verdade uma série de indagações lançadas pelo entrevistado que parece não querer abordar o que foi perguntado, talvez pela falta de entendimento do processo de trabalho em que esse profissional está inserido.

3ª QUESTÃO: *O trabalho que você desenvolve normalmente no serviço público de saúde é ou tem alguma coisa de trabalho multiprofissional? Fale um pouco sobre isso.*

Resultados Quantitativos

A Figura 05 destaca o compartilhamento das idéias centrais colhidas nos depoimentos dos 44 profissionais entrevistados, referente à questão 3, podendo cada sujeito ter contribuído com mais de uma idéia central para a composição de cada DSC. A Tabela 06 mostra a distribuição das idéias centrais por categoria profissional, referentes à mesma questão.



Figura 05 – Compartilhamento das idéias centrais, referente à questão “O trabalho que você desenvolve normalmente no serviço público de saúde é ou tem alguma coisa de trabalho multiprofissional? Fale um pouco sobre isso.” colhidas nos depoimentos dos profissionais entrevistados, no Município de Bandeirantes/PR, 2006.

Tabela 06 – Distribuição das Idéias Centrais referentes à questão “O trabalho que você desenvolve normalmente no serviço público de saúde é ou tem alguma coisa de trabalho multiprofissional? Fale um pouco sobre isso.” colhidas nos depoimentos dos profissionais entrevistados, por Categoria Profissional, no Município de Bandeirantes/PR, 2006.

| IDÉIAS CENTRAIS | CATEGORIA PROFISSIONAL | | | | | | TOTAL |
|--|------------------------|--------------|----------------|--------|---------------|------------|-------|
| | Enfermeiro | Farmacêutico | Fisioterapeuta | Médico | Nutricionista | Odontólogo | |
| A - Sim, porque conta com profissionais de várias especialidades | 3 | 3 | 2 | 9 | 1 | 3 | 21 |
| B - Sim, porque integra áreas e setores diferentes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| C - Sim, porque é um trabalho que integra vários profissionais com especialidades e várias áreas/setores | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 6 |
| D - Sim, porque é um trabalho humanizado | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| E - Sim, porque é um trabalho multifuncional | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 4 |
| F - Não, porque não há interação entre os profissionais | 1 | 0 | 2 | 5 | 0 | 4 | 12 |
| G - Não, porque atualmente não há o trabalho multifuncional | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |

* Total corresponde ao número de sujeitos que contribuíram para a composição de cada DSC, sendo que os sujeitos podem ter contribuído com mais de uma idéia central.

Resultados Qualitativos

Os discursos obtidos nesta questão mostram uma diversidade de idéias dos profissionais quanto à caracterização e o desenvolvimento do trabalho multiprofissional no serviço público de saúde.

DSC A - SIM, PORQUE CONTA COM PROFISSIONAIS DE VÁRIAS ESPECIALIDADES.

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos apresentam idéias referentes a integração entre os profissionais de várias especialidades.

“Sim, o trabalho que desenvolvo é multiprofissional porque a assistência farmacêutica tem que estar integrada com todos os outros profissionais, na seleção dos medicamentos tem a participação do médico, enfermeiro e do dentista com o objetivo de ter uma seleção racional visando o menor custo e maior qualidade. Também tem a participação do enfermeiro, do agente comunitário de saúde e dos auxiliares de enfermagem na fiscalização quanto ao uso dos medicamentos pelos pacientes, para que consiga uma boa assistência e um bom trabalho na secretaria. Na assistência a gestantes tem o envolvimento das enfermeiras, dentistas, fisioterapeutas, nutricionistas e outras áreas para o bem estar das gestantes e futuros bebê com instruções e orientações. Quanto à assistência nutricional, os médicos que encaminham a nutricionista, e esta passa as informações para o médico de como está o paciente dele.

Ao lado da minha sala existe o serviço de odontologia, então quase sempre peço a presença do dentista para reforçar o atendimento, ela vem e reforça. As outras especialidades (fonoaudiologia, otorrino, fisioterapia respiratória) por ficar em outro lugar e o médico também não ficar em um lugar específico não tem contato um pessoal, uma comunicação muito assídua, de comunicar a outro profissional o que aconteceu com o paciente.

No Programa Saúde da Família os profissionais trabalham mais ou menos em equipe porque atendemos as consultas, fazemos as visitas necessárias, temos os agentes de saúde que fazem o trabalho de campo e que procuram aqueles pacientes que tenham a maior necessidade, a maior carência para ser chamado; quando chega à ocasião é feita uma colocação daqueles que tem uma urgência um pouco antes. Quando alguma coisa que não anda correto, encaminho ao médico para o médico encaminhar para fono, nutrição, neurologista, de certa forma todos os profissionais integram um trabalho multiprofissional principalmente os especialistas. Então não sou eu que acompanho esse paciente, sempre peço ao superior (médico) para encaminhar ao especialista e para outros centros para que seja tratado da maneira correta, porque na minha realidade não tem como trabalhar um profissional sozinho e tenho mais facilidade de contatos com os médicos para obter resolutividade e agilidade do atendimento respeitando claro, a hierarquia (médico) que existe. E também em determinadas situações, no caso de gestante, paciente especial, hipertenso, diabético paciente com uma deficiência renal tenho que fazer um pequeno contato ou encaminhá-lo ao médico que vai encaminhá-lo.

Então no dia-a-dia consigo fazer algumas coisas, sem dúvida não tem como atuar sozinho muitas vezes nem sei como atuar por falta de preparação, então necessito de todos os profissionais trabalhando juntos dentro da limitação que existe no SUS.”

(Suj F2; T3; N8;N9; M12; P13; L18; R19; A24; A27; N28; J31; O32; V34; P35; E36; J37; V38; M42; M44; J4.)

O depoimento acima descrito vem ao encontro do que relatou Fortuna et al. (2002) que o parcelamento pode continuar se reproduzindo mesmo quando se conta com trabalhadores de outras especialidades como fonoaudiologia, psicologia e serviço social, que geralmente recebem solicitação ou encaminhamento dos demais trabalhadores quando estes identificam problemas ou necessidades que julgam ser para este ou para aquele outro trabalhador. Cada um fazendo uma parte, mas perdendo a dimensão do todo; nesse parcelamento os trabalhadores vão-se fazendo responsáveis por partes, por parcelas, ao mesmo tempo que se produzem enquanto homens fragmentados. Assim, perde-se a finalidade do trabalho e o próprio sentido de existência da unidade dentro do sistema local de saúde.

O princípio da hierarquização, na teoria de sistemas de saúde, prevê uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe; o nível primário dirige-se ao secundário e assim sucessivamente, havendo ainda uma transferência de responsabilidade quando do encaminhamento. Tratar-se-ia de relações do tipo vertical, em que a comunicação entre os níveis ocorre por meio de informes escritos no caso: a planilha de referência, apenas para transferir uma responsabilidade e receber algum informe ao final do procedimento, o formulário de contra-referência. Esse estilo de relação entre trabalhadores foi concebido pela administração clássica, induzindo sistemas burocráticos e pouco dinâmicos (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O processo de trabalho é estruturado e comandado pelos saberes e atos do médico, o discurso mostra que os profissionais não-médicos não têm autonomia para o trabalho assistencial, nem mesmo para exercer o que lhes é facultado como competência profissional. As práticas assistenciais, como posto no

referencial teórico, é historicamente influenciada nas relações de trabalho e no processo de formação profissional pela cultura e aceitação deste status quo.

Ainda quanto à comunicação, observa-se que é mínima, restringindo-se quase sempre a um conteúdo técnico e a unidade odontológica está a parte da UBS, ou seja, não é considerada parte integrante da equipe de PSF, o que é imprescindível para o prosseguimento ou encadeamento das ações.

O rompimento deste paradigma depende essencialmente de condutas administrativas centrais ou locais. Os modelos implantados mostram e tem se revelado a cada dia ultrapassado e desgastado. A gestão pública do serviço de saúde que tanto tem colaborado nesta manutenção é a maior responsável pela ausência de mudança, pois este é um dos principais responsáveis por proporcionar condições adequadas para que os funcionários e servidores sejam valorizados em seu trabalho.

Somente a busca de coerência com a realidade, onde o termômetro é a insatisfação do profissional, a ineficiência do atendimento e a negação dos princípios e diretrizes do SUS, é a única maneira de se encontrar uma saída para a modernização e a atualização do sistema.

Para Pires (1999) o trabalho é compartimentalizado, cada categoria profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias. O médico é o elemento central do processo assistencial institucional em saúde, os demais profissionais como, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta e outros que participam da assistência, subordinam-se às decisões médicas, ou seja, executa atividades delegadas, como mostra o DSC A.

Um dos grandes desafios que se impõe ao cotidiano do trabalho em saúde é a formação de espaços interdisciplinares, concordando com as afirmações de Campos e Domitti (2007) em que as pessoas tendem a cristalizar-se em identidades reativas, que as induzem a desconfiar do outro e a defender-se de modo paranóico da concorrência alheia. Ademais, é comum o profissional construir identidade e segurança, apegando-se à identidade de seu núcleo de especialidade, o que dificulta a abertura para a interação inevitável em espaços interdisciplinares. Trabalhar internamente questões referentes ao capital humano (relações pessoais) poderá colaborar na melhoria do processo de construção de espaços mais cooperativos.

A presença de variados profissionais realizando ações isoladas e justapostas, ou seja, apenas executadas lado a lado, sem articulação e sem comunicação, não permite realizar a eficiência e a eficácia dos serviços na perspectiva proposta da atenção integral. Esta requer uma modalidade de trabalho em equipe que traduza outra forma de conectar as diferentes ações e os distintos profissionais, no coletivo de agentes presentes à prestação de serviços (SCHRAIBER et al., 1999).

DSC B - SIM, PORQUE INTEGRA ÁREA E SETORES DIFERENTES.

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos apresentam idéias referentes a integração entre áreas e setores diferentes.

“Sim, o meu trabalho está sempre relacionado com outros problemas de saúde, com outros setores, portanto atendendo a contento de minha área. Estou resolvendo ou prevenindo problemas em outras áreas que poderão causar problemas em qualquer setor do organismo. Portanto esse trabalho multiprofissional que é integrado as outras áreas só vai propiciar um melhor estado de saúde geral.”
(Suj M1.)

DSC C - SIM, PORQUE É UM TRABALHO QUE INTEGRA VÁRIOS PROFISSIONAIS DE ESPECIALIDADES E ÁREA/SETORES DIFERENTES.

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos apresentam idéias referentes a integração entre vários profissionais de especialidades e áreas/setores diferentes.

“Sim, porque envolve outras profissões como auxiliar de enfermagem, médico, técnico de saneamento, de vigilância sanitária, da dengue, agentes comunitários, dentista, fisioterapeuta, laboratório, assistente social, enfermeiro, farmacêutico, psicólogo e vigilância epidemiológica. São várias profissões trabalhando junto, parte da vigilância sanitária no que envolve a dengue; na parte da vigilância epidemiológica que envolve alguns agravos; a parte médica, de laboratório que vai trazer os resultados pra que esse paciente seja atendido com toda a segurança, fisioterapia quando acontece algum caso de leishmaniose, tuberculose ou intoxicação alimentar; a parte dos dentistas, médicos e farmacêuticos no que envolve as doses e prescrição de medicamentos; em relação ao setor administrativo da prefeitura, toda vez que tem que comprar matéria prima, então tem esse lado de relação com outros setores do serviço público de saúde. O psiquiatra com os medicamentos e a APAE no que envolve o trabalho de adaptação do paciente; a parte de assistência a gestante na medida em que necessita de algum serviço, de alguma coisa mais especializada é encaminhada. Neste aspecto o trabalho do profissional que executa o pré-natal, pode considerar que faça parte de uma equipe multiprofissional, mesmo porque também pode receber encaminhamento de outra especialidade para colaborar na boa solução dos problemas que se apresentam nesses pacientes.”
(Suj S7; A14; E15; O17; M22; A23.)

Os discursos acima representam o desenvolvimento do trabalho multiprofissional na prática dos sujeitos entrevistados no serviço público de saúde, o que permite observar que o caráter complementar dos trabalhos não se desdobra automaticamente em articulação das ações.

Schraiber et al. (1999) consideraram que os diversos trabalhos especializados expressam relações de complementaridade e interdependência entre si, não constituindo trabalhos independentes, visto serem resultantes de um processo de divisão do trabalho a partir de uma prática originária e fundadora da técnica científica moderna na área da saúde – a prática dos médicos.

Os depoimentos coletivos também expressam um anseio por articular suas ações, segundo Peduzzi (1998), a articulação requer um investimento ou movimento consciente e ativo do agente, nessa direção. Requer que o agente elabore as correlações e coloque em evidência as conexões existentes entre as intervenções técnicas executadas pelos profissionais das diferentes áreas. Requer ainda, que cada agente passe a entender que sua autonomia técnica não está no isolamento ou independência profissional, mas na colaboração objetiva do projeto comum de intervenção, o que significa a cooperação profissional ao invés da concorrência competitiva individual.

As conexões entre as ações são objetivas, mas para refletirem-se em interação devem ser expressas pelos agentes dos trabalhos para que, ativamente, sejam tornadas públicas e alvo de uma atenção desse mesmo plano, a esfera gestora dos trabalhos. Portanto, faz-se necessário estimular, reconhecer e valorizar a disponibilidade dos agentes para operarem articulações entre os trabalhos executados pelas diferentes áreas. Entretanto, é curioso que em certas interconsultas informais, quando os especialistas detêm vínculos de confiança, mais que vínculos formais do sistema prestador em que se inserem, há mais chances de interação e comunicação para o “projeto comum”, muito embora, como nem sempre se trata de uma mesma equipe de trabalho, esta interação não se dá como um trabalho de equipe. Não há neste caso um projeto de trabalho a se realizar, mas como uma cooperação profissional, sem conexão com a produção concreta do trabalho (SCHRAIBER et al., 1999).

Por isso, a articulação, quando ocorre, se dá por meio da comunicação, do exercício de mediação do sujeito do trabalho, mas a mediação tanto pode expressar apenas o agir instrumental, que busca atingir um determinado fim ou resultado, como pode expressar também o agir comunicativo, que busca o entendimento e o reconhecimento mútuo dos agentes (PEDUZZI, 1998).

DSC D - TEM, PORQUE É UM TRABALHO HUMANIZADO.

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos apresentam idéias referentes humanização ao cuidado, ao tipo de trabalho, a atenção dada ao paciente durante o atendimento.

“Bom, acho que o trabalho que desenvolvo aqui é um trabalho multiprofissional porque o paciente chega aqui com o pedido médico dizendo a patologia, o que mais ou menos deve ser feito, observo o paciente como um todo e não olho o paciente como aquela patologia. Observo a fala, os dentes, se a pessoa está mal nutrida ou precisa de uma dieta, se tem problema psicológico, algum distúrbio, trato o paciente normal.”
(Suj J4; E20.)

O discurso mostra que os entrevistados querem justificar uma incapacidade de atuação multiprofissional.

Fica claro que ocorre uma conexão com o discurso gerado na segunda questão (DSC E), e é uma justificativa do trabalho humanizado a abordagem holística do paciente. Esta abordagem é difundida em cursos e treinamentos onde é valorizado o acolhimento e a humanização do atendimento. Apesar dos avanços das propostas implantadas para adequar os recursos humanos às necessidades do sistema de saúde, a maioria delas é voltada para os profissionais egressos dos cursos de graduação se constituindo em processos de educação continuada, o que não substitui os conteúdos, os valores e as práticas consolidadas na formação.

No caso dos serviços que prestam atenção básica, como referido no referencial teórico, por exemplo, propõe-se à elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos para os usuários e sua rede social, formas de acolhimento e inclusão de clientela, práticas que incentivem a diminuição do consumo de medicamentos, fortalecimento das relações entre as equipes de saúde e os usuários, além do estabelecimento de ambiência acolhedora.

O modelo comumente praticado na saúde em geral consiste em uma prática fragmentada, centrada em produção de atos, predominando a desarticulação entre as inúmeras queixas dos usuários, a política de humanização, como visto no referencial teórico, encontra-se longe de constituir-se em realidade.

Para a superação desse cenário, impõe-se um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde (MACHADO et al., 2007).

Segundo Campos (1992) as ampliações da composição das equipes de saúde na área pública, com a contratação de enfermeiros, psicólogos e outros profissionais vem se firmando sobre um conjunto de práticas voltadas para a

humanização suplantando os procedimentos técnicos necessários a superação dos limites da atenção individual curativa. Esta visão está presente em duas categorias: enfermeiros e fisioterapeutas.

O encaminhamento do processo de humanização apóia-se “no estilo de gestão e na estrutura de poder das instituições de saúde”, uma vez que estilo e estrutura determina e condiciona posturas e comportamentos relativos aos vínculos profissionais de saúde e usuário, bem como entre os profissionais de saúde entre si. Em concordância com Fortes (2004) em que o conhecimento das condições por que passa grande parte dos serviços de saúde mostra que é necessária à reformulação das práticas cotidianas de gestão e de atenção à saúde, substituindo culturas institucionais, infelizmente ainda muito disseminadas entre nós, que tendem, infelizmente, a “coisificar” as pessoas que utilizamos serviços de saúde tentando a satisfação de suas necessidades.

DSC E - TEM, PORQUE É UM TRABALHO MULTIFUNCIONAL.

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos apresentam idéias referentes ao profissional que exerce várias ocupações.

“Difícil responder, na verdade fico pensando e acredito que dadas às deficiências da saúde pública no Brasil, o médico - clínico geral é forçado a prestar o atendimento multiprofissional de várias especialidades, além de prestar atendimento como médico (clínico geral) presta um atendimento psiquiátrico, de cardiologia, de pediatria. Atendo dezesseis consultas vem uma gripe daqui a pouco uma gastroenterite, em seguida uma cefaléia intensa, faço pré-natal então não fico na rotina. Isso é importante porque desenvolve o raciocínio de qualquer profissão, tem que cuidar do paciente no todo, quer dizer fazer uma boa anamnese, que na verdade tenho que dizer que nunca é muito boa, pelo tempo que é muito escasso.

Dezesseis consultas seriam para trabalhar oito horas e tenho que fazê-la em duas horas, então você economiza um pouco da anamnese, muitas vezes até pula alguma coisa da anamnese, porque já tem experiência. E como se dizia antigamente, você já vê o paciente já tem praticamente uma hipótese diagnóstica, porque quando é novo na profissão tem que realmente fazer aquela anamnese, que seria 70% da consulta para chegar a uma hipótese diagnóstica; por ter mais experiência eu já faço com menos tempo, tenho que tomar decisões mais rapidamente e disto deixa alguma coisa a desejar. Na verdade sou obrigado a prestar este atendimento dado à deficiência que existe na área de saúde. Isso é freqüente, o médico não pode deixar de prestar este atendimento porque se ele não faz isso o paciente deve ficar sem esse atendimento. Também a enfermeira tem que dar conta de tudo que aparece se não dá conta encaminha, se vira nos trinta. O dentista faz atendimento tanto para adulto e para criança apesar de não ser odonto para criança mais também não dispensa, dá um jeito de atender não fica sem o atendimento.

Agora não vou queixar aqui do que eu ganho porque eu gosto da profissão e como eu sou evangélico tenho que fazer essa parte espiritual também, mas graças a Deus gosto e acho que todos e principalmente eu que já estou com quarenta anos de profissão tempo que dar alguma coisa em troca do que já recebi. Então acho que seria uma forma de agradecimento e me deixa também mais alegre

quando saio daqui e pude resolver assim 50% dos casos que atendi, então fico envaidecido muitas vezes com isso.”

(Suj L30; H39; I40; N41.)

A atuação profissional tem um verniz de além de ser vocacionado e desgastante, primeira questão (DSC D) é aquele que resolve os problemas, e neste sentido a própria população que procura o serviço pode influenciar esta atuação menos comprometida com a anamnese ou com o diagnóstico.

A não realização dos procedimentos necessários à consulta a necessidade de encarar os desafios diários de uma rotina imposta são a tônica deste discurso.

Pode haver também um trabalho sob pressão onde os profissionais estariam alocados em serviços ou funções que não lhe seriam afins ou pouco estimulantes. No entanto, a idéia de recomposição, na direção da integralidade da atenção, não tem se mostrado possível por meio da mera locação de recursos humanos de diferentes áreas profissionais nos mesmos locais de trabalho (SCHRAIBER et al., 1999).

Ignarra (2002) relata que com a importância que a medicina assumiu para o capitalismo emergente no saneamento das cidades, na recuperação da capacidade produtiva dos trabalhadores e na normalização da vida social, esse valor se reforçou, permitindo que a medicina se apresentasse como prática liberal e autônoma, atuando em livre concorrência. E simultaneamente cultivasse uma imagem de dedicação, austeridade e despojamento similar à do sacerdócio.

DSC F – NÃO, PORQUE NÃO HÁ INTERAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS.

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos apresentam idéias referentes falta de profissionais, valorização quanto ao trabalho multiprofissional, falta de integração comunicação entre os profissionais que integram o sistema.

“Aqui no SUS não é muito desenvolvido e valorizado, mas é uma coisa que tenho batalhado muito em relação aos outros profissionais junto comigo.

No PSF apesar de ter médicos, enfermeiras, agentes comunitários não trabalhamos juntos cada um trabalha na sua sala, o dentista atente em uma unidade móvel porque a unidade não ter espaço físico

suficiente. Também faltam pessoas de nível superior como o psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta para auxiliar no dia-a-dia. Quanto ao atendimento infantil procuro encaminhar para a puericultura e a puericultura encaminhar para a clínica do bebê só que não é uma coisa assim bem interligada uma com a outra.

Em campanhas educativas, de vacina, de diabetes, de hipertensão, tento envolver todos os profissionais, mas no dia-a-dia muitas vezes devido à dificuldade de horário, de atendimentos; principalmente com a parte da assistência social, vigilância sanitária e com os médicos, já com os outros profissionais como a equipe de enfermagem, o pessoal da farmácia há uma boa troca de informações. Só que ainda tem muito para fazer e melhorar tem que se unir um pouco mais, só que falta um pouco de tempo.

Infelizmente o serviço público de saúde ainda não tem essa visão onde todos os profissionais da área de saúde trabalham unido, o que falta mesmo é a organização dos profissionais.”

(Suj P6; E10; R11; F16; A21; I26; E29; S33; D43; P13; O32; A24.)

DSC G – NÃO, PORQUE ATUALMENTE NÃO HÁ TRABALHO MULTIFUNCIONAL

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos apresentam idéias referentes ao não exercício de várias ocupações.

“Atualmente não, porque eu corto um pouco pra não deixar o pessoal montar cavalo. Agora em outras ocasiões nós já fizemos outras funções de fazer nas escolas a escovação das crianças, aplicação tópica de flúor em serviço de prevenção e educação as crianças.”

(Suj C5; Y25.)

Os discursos acima expressam idéias referentes à falta de integração e comunicação entre os profissionais que propõem o sistema. O trabalho em equipe não pressupõe qualquer idéia de apagamento das diferenças de papéis ou de funções entre os trabalhadores, numa espécie de reedição da utopia maoísta de que todos deveriam fazer um pouco de tudo, como se por essa via fossem apagados a separação e o conflito entre trabalho manual e intelectual. Não compartilha sequer da ilusão de liquidar com o poder médico; pretende, tão somente, reduzi-lo e aproximá-lo de outros segmentos sociais, por intermédio de sua integração a um contexto de participação democrática, inclusive para os médicos. Essa proposta, ao contrário, mantém a divisão de trabalho entre os médicos, enfermeiros, auxiliares, técnicos de apoio. A diferença é que atribui a toda a responsabilidade pelos resultados do trabalho coletivo. Ao mesmo tempo, contudo, socializa o direito de opinião sobre a organização do serviço e de participação na gerência, até mesmo no momento da elaboração de planos (CAMPOS, 1992).

Quanto às diversidades sobre a concepção dos profissionais de saúde acerca do trabalho em equipe, observa-se que, para os médicos, a equipe é

vista como sendo equipe médica. Segundo Merhy et al. (2006), modelos assistenciais com base exclusiva na epidemiologia à saúde não têm potência para mudar a lógica interna dos processos de trabalho e acaba ou por ingenuidade ou por ideologia perpetuando o atual modelo assistencial, como mostra o discurso.

4ª QUESTÃO: O que você acha que poderia ser feito aqui em Bandeirantes para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional no serviço público de saúde?

Resultados Quantitativos

A Figura 06 destaca o compartilhamento das idéias centrais colhidas nos depoimentos dos 44 profissionais entrevistados, referente à questão 4, podendo cada sujeito ter contribuído com mais de uma idéia central para a composição de cada DSC. A Tabela 07 mostra a distribuição das idéias centrais por categoria profissional, referentes à mesma questão.

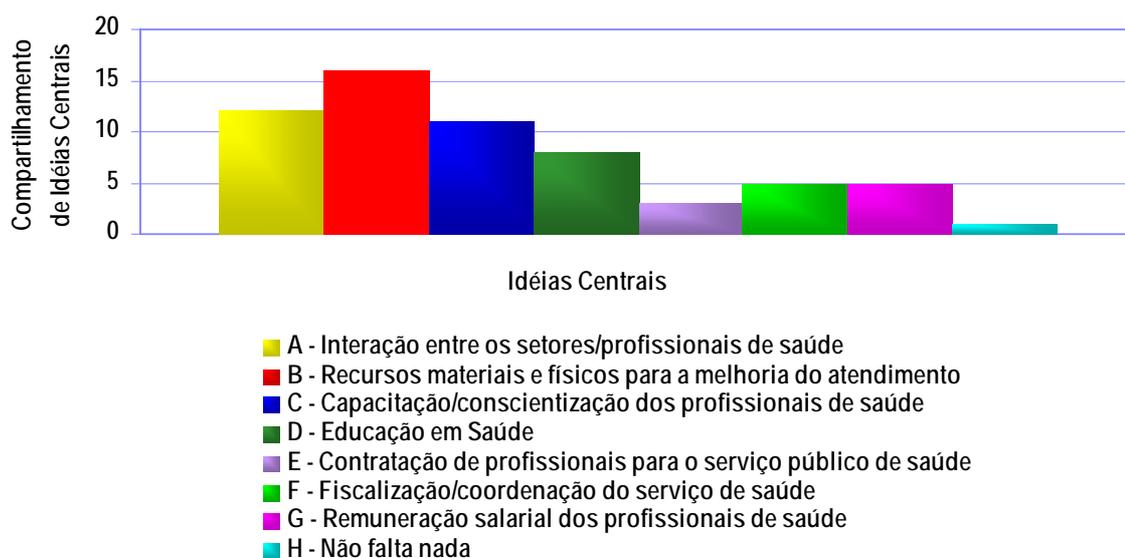


Figura 06 – Compartilhamento das idéias centrais, referente à questão “O que você acha que poderia ser feito aqui em Bandeirantes para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional no serviço público de saúde?” colhidas nos depoimentos dos profissionais entrevistados, no Município de Bandeirantes/PR, 2006.

Tabela 07 – Distribuição das Idéias Centrais referente à questão “O que você acha que poderia ser feito aqui em Bandeirantes para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional no serviço público de saúde?” colhidas nos depoimentos dos profissionais entrevistados, por Categoria Profissional, no Município de Bandeirantes/PR, 2006.

| IDÉIAS CENTRAIS | CATEGORIA PROFISSIONAL | | | | | | TOTAL |
|--|------------------------|--------------|----------------|--------|---------------|------------|-------|
| | Enfermeiro | Farmacêutico | Fisioterapeuta | Médico | Nutricionista | Odontólogo | |
| Interação entre os setores/profissionais de saúde | 1 | 0 | 2 | 4 | 1 | 4 | 12 |
| Recursos materiais e físicos para a melhoria do atendimento | 3 | 0 | 2 | 5 | 0 | 6 | 16 |
| Capacitação/conscientização dos profissionais de saúde | 2 | 3 | 1 | 3 | 0 | 2 | 11 |
| Educação em Saúde | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 3 | 8 |
| Contratação de profissionais para o serviço público de saúde | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3 |
| Fiscalização/coordenação do serviço de saúde | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 5 |
| Remuneração salarial dos profissionais de saúde | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 5 |
| Não falta nada | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |

*Total corresponde ao número de sujeitos que contribuíram para a composição de cada DSC, podendo os sujeitos terem contribuído com mais de uma idéia central.

Resultados Qualitativos

Os conteúdos discursivos nesta questão mostram os anseios dos profissionais entrevistados quanto à necessidade de resolução de questões antigas, como remuneração salarial, planos de cargos e carreiras, e organização do serviço com instalação de mecanismos que possam evitar a intensa rotatividade de profissionais.

DSC A – INTERAÇÃO ENTRE OS SETORES/PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos apresentam idéias referentes comunicação, interação e integração entre os profissionais e setores da saúde.

“Deveria ter mais reuniões, melhor programação para obter uma equidade dentro dos setores, para cada setor da saúde ter mais aproximação, comunicação, interação. Ter um bom relacionamento entre os profissionais para que discutisse os casos dos pacientes em comum, para poder elaborar um melhor diagnóstico e tratar simultaneamente essa pessoa porque, na verdade, há equipes nos postos de saúde (PSF), só que pouco se fala sobre os pacientes que é atendido pelo médico, enfermeira e dentista.

O que falta é a integração dos profissionais, sentar e readequar o serviço. Por exemplo, um determinado dia por mês estar juntando os profissionais em reuniões para trocar experiências e idéias sobre o que está funcionando bem; saber os horários de atendimentos que esses profissionais atuam e o local, porque eu acho que deve ter todos os profissionais contratados pelo sistema municipal. Aqui não se sabe em que horários eles atendem, que situações eles estão atendendo, se é na cidade de Bandeirantes ou se é no consórcio intermunicipal.

Precisa de uma boa programação para que esse trabalho seja sempre executado, trazendo em benefício um melhor atendimento para o setor de saúde, em todas as áreas. Ele tem que ser iniciado é o que está faltando.”

(Suj M1; N9; L18; R19; M22; A27; J31; S33; P35; M44; E10; P13.)

O discurso expressa o anseio dos sujeitos entrevistados quanto ao desenvolvimento da comunicação e interação entre os profissionais de saúde e os setores. Ilustra com primazia a importância do Planejamento em Saúde, por meio de

reuniões periódicas o que poderia ser o início para a mudança. Para Schraiber et al. (1999) a articulação das ações ou dos trabalhos requer, da parte de cada agente, um dado conhecimento acerca do trabalho do outro e o reconhecimento de sua necessidade para a atenção integral à saúde. Ou seja, a própria articulação das ações requer, ao menos, certa modalidade de relação entre os agentes, e que, ao menos algumas informações sejam trocadas, mesmo que não se estabeleça um agir-comunicativo como interação.

Considerando a comunicação como ferramenta fundamental para o aperfeiçoamento do processo de trabalho e produto final, os entrevistados apontam-na como essencial em todos os sentidos da hierarquia da instituição, seja internamente, na interdependência dos setores ou externamente na relação da organização com a comunidade. Nos discursos percebe-se o reconhecimento da importância e também a falta da comunicação, para que as pessoas inseridas no serviço tenham acesso às informações de forma transparente.

Alves, Carvalho e Amaral (1999) acreditam que a integração dos setores e funcionamento da organização depende em grande parte do sistema de comunicação adotado.

A importância do diálogo na busca do consenso constitui elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho, o que aponta a possibilidade do desenvolvimento de uma prática comunicativa. O trabalho em equipe exige a escuta do outro, o que pressupõe o estabelecimento de um canal de comunicação (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

DSC B – RECURSOS MATERIAIS E FÍSICOS PARA A MELHORIA DO ATENDIMENTO

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos apresentam idéias referentes a melhores condições de trabalho, no desenvolvimento de ações e programas.

“O hospital pelas dificuldades está sem condições de dar aquele atendimento e as verbas transferidas, quando não atrasa, vem diminuída. O atendimento para mulher, principalmente as

gestantes, por exemplo, quando chega na hora do parto é o médico plantonista que atende, seria muito melhor se ela tivesse do lado dela o médico que fez o pré-natal e este a acompanhasse no puerpério, mas o que falta é a verba, é o medicamento e é o instrumental. Quando você precisa de um medicamento, que você confiaria, para resolver o problema, o paciente não pode compra e a farmácia pública não tem o medicamento, então você procura economizar e resolver com o medicamento que poderia classificá-los em até não confiáveis.

O número de consultas que existe no posto de saúde deveria diminuir para cada médico poder dar uma avaliação melhor em cada paciente, para poder encaminhar adequadamente para cada setor ou então poder realizar um diagnóstico porque não tem tempo de avaliar adequadamente o paciente, são muitas consultas no dia-a-dia de cada médico neste posto.

Apesar da reforma no SUS, onde as salas ficaram mais distribuídas, mais adequadas para o tratamento, falta um investimento maior na saúde, precisa de mais aparelhos, equipamentos, materiais, todos os atendimentos deveriam ser informatizados. Deveria ser feito um aumento na estrutura para que os profissionais possam se encontrar e discutir os casos com uma junta de profissionais de interesse para aquele paciente, assim seria mais fácil ter informações e melhoraria o atendimento, pois o paciente tem que ter o direito a uma dignidade maior.

Tem muita coisa que tem que ser melhorada, não resta dúvida, apesar de terem investido um pouco, falta verba. Teria que ter mais investimentos de outras áreas, das outras esferas porque só o município não tem condições e toda vez que a paciente precisa de um atendimento especializado, tem que deslocar para cidade vizinha, isso dificulta o atendimento. Mas porque não se resolve aqui? Porque não tem estrutura adequada, sendo que podia ser resolvido aqui se tivesse o serviço montado de especialidades como: raio-X; oftalmologista; ortopedia; psiquiatria; CEO (Centro de Especializações Odontológicas) que teria a área de periodontia, de endodontia, de prótese e de ortodontia; Programa Sorridente; um centro de prevenção infantil separado da pediatria, da ginecologia e da obstetrícia; neurologia; um atendimento hospitalar para as pessoas carentes com igualdade e que tivessem condições de atender todos que fossem encaminhados.

As nossas gestantes sobrepeso, por exemplo, tem que ser encaminhadas imediatamente ao atendimento com a nutricionista, mas não consegue porque não tem vaga, ela sozinha não dá conta, são nove meses. Então se a nutricionista e a psicóloga rodassem mais nas unidades, poderíamos dividir esses pacientes e não ficaríamos com aquelas agendas que dura aí de dois a três meses. É necessário dar melhores condições de trabalho, seria o ideal para melhorar o atendimento nosso e ir tocando.”

(Suj F2; J4; E10; R11; F16; E20; A21; I26; N28; E29; L30; J37; I40; N41; C5; P35.)

O discurso expressa nas representações dos sujeitos novamente a dificuldade estrutural na comunicação entre os profissionais de saúde e o anseio para melhores condições de trabalho no desenvolvimento de ações e programas de saúde. Para tanto as criações de espaços coletivos, em que equipes de saúde compartilhem a elaboração de planos gerenciais e de projetos comuns, depende ainda de uma ampla reformulação da mentalidade dos profissionais e gestores, e da legislação do sistema de saúde.

Em concordância com Farias e Vaitsman (2002) que afirmam que a necessidade de mudanças orientadas para o alcance de maior eficiência e qualidade, implica compreensão do ambiente interno e externo, no qual as

organizações efetivamente operam, ou seja, das representações, valores e práticas instituídas na organização específica e na sociedade em que se insere.

As organizações de saúde são espaços sociais por natureza conflituosos, nos quais a solidariedade e a coesão apresentam as mesmas fragilidades encontradas em outros ambientes de interação social. Diferentes grupos e indivíduos possuem expectativas e objetivos distintos, e as estratégias mobilizadas para alcançá-los produzem, não raro, situações de conflito e contraditórias. O primeiro passo foi dado na direção de conhecer as representações, valores e práticas instituídas pelos profissionais no serviço de saúde do município.

Na área da saúde, a construção de unidades de gestão obedece à lógica corporativa e das profissões, em que se organizam em departamentos, diretorias ou coordenações recortadas segundo profissão ou especialidade médica, como está organizado o sistema de saúde do município estudado.

Esse tipo de estrutura contribui para diluir a responsabilidade sanitária sobre os casos acompanhados, devido à dupla fragmentação, do processo de trabalho e da unidade de gestão, que dificulta a identificação clara do responsável clínico, bem como torna quase que impossível uma integração comunicativa das abordagens diagnósticas e terapêuticas, como os discursos mostra. Esse fenômeno está sendo denominado, por Campos e Domitti (2007), de obstáculo estrutural à prática de uma clínica ampliada, bem como do trabalho interdisciplinar.

Apesar de o discurso apontar para necessidades de materiais e equipamentos para o atendimento integral, inovações no processo de trabalho podem contribuir para um atendimento eficiente. Para Franco, Merhy e Bueno (2006), as unidades da rede básica poderiam contar com outras equipes de apoio,

nos casos opcionais, na dependência sempre do diagnóstico situacional. Referem-se às equipes de saúde mental, reabilitação, cirurgia ambulatorial, bem como de outras especialidades consideradas em destaque por sua importância na elevação da capacidade de o nível local resolver autonomamente problemas de saúde.

DSC C – CAPACITAÇÃO/CONSCIENTIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos apresentam idéias referentes à capacitação e conscientização dos profissionais de saúde.

“Primeiro acho que é uma questão cultural, teria que trabalhar com todos os profissionais não só os médicos, mas com todos os outros profissionais, mudando essa parte cultural que tem ainda daquele lance tradicional “que médico é só médico, e dentista é só dentista, ninguém encaminha nenhum para o outro”, cada um tratando um problema e esquecendo que o problema na verdade é geral ou que o profissional só precisa vir aqui fazer as suas horas e ir embora.

Precisa investir em capacitação, treinamento e conscientização dos profissionais da área de saúde, para que desenvolva o interesse de cada profissional, melhorar a visão, o conceito de trabalho multiprofissional ou pelo menos saber o que é. Tem gente que se tranca lá dentro da farmácia é só entrega remédio, não vou falar só dos médicos porque eles também são os principais, às vezes tem pessoas que nem sabe que tem tal profissional naquela rede.

Na verdade os profissionais não estão aptos para realizar o trabalho multiprofissional, acho que precisa muito mesmo saber o que é trabalhar em equipe, mas a grande dificuldade seria atingir algumas classes de profissionais que não se acham inseridas dentro do serviço público de saúde, essa é a grande dificuldade e acho que todos os profissionais desde a sua formação inicial deveriam vir com essa prática. Como isso ainda não é feito apenas algumas profissões tem esse perfil multiprofissional, isso depende de todos os parceiros.

Mais eu acho que é verdade viu, sabe por quê? Todo mundo sabe que tem médico e dentista, mas ninguém sabe que tem nutricionista e que tem outros profissionais, principalmente os mais antigos (médicos) né?”

(Suj T3; P6; N8; A14; A23; O32; M42; V34; E36; V38.)

Os sujeitos compartilham da idéia que para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional no serviço público de saúde há a necessidade de capacitação e conscientização dos profissionais de saúde. As capacitações, segundo Ceccim (2005a), não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas, tanto de gestão, como de atenção e de controle social, por trabalharem de maneira descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos.

Para que haja mudança no modelo de atenção, existe a necessidade de formar um novo profissional, ou seja, “para uma nova estratégia, um novo profissional”, salientando que, se a formação dos profissionais não for substitutiva no

aparelho formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia-a-dia (ROSA e LABATE, 2005). Saupe et al. (2005) entendem o contexto da formação como importante no desenvolvimento de práticas interdisciplinares dos profissionais. Destacam a importância de que se oportunizem nos cursos de graduação, espaços interdisciplinares. Para que isto ocorra, professores devem ser protagonistas destas práticas curriculares.

Os trabalhadores de saúde devem ser propulsores de mudanças dos serviços assistenciais. Para que isto ocorra, Franco e Merhy (2006) entendem que é necessário constituir uma nova ética entre estes mesmos profissionais, baseada no reconhecimento que os serviços de saúde são, pela sua natureza, um espaço público, e que o trabalho neste lugar deve ser regido por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência à saúde. Estes valores deverão guiar a formação de um novo paradigma para a organização de serviços.

Para se constituir um novo modelo assistencial, isso pressupõe a formação de uma nova subjetividade entre os trabalhadores, que perpassa seu arsenal técnico utilizado na produção da saúde, sendo fundamental que os profissionais sejam capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, sejam capazes de problematizá-las (não em abstrato, mas no concreto do trabalho) e de construir novos pactos de convivência e práticas. O novo modelo é construído a partir das diretrizes do acolhimento, vínculo/responsabilização e autonomização. Este novo formato da organização da assistência à saúde se dá a partir da reorganização do processo de trabalho (CECCIM, 2005a). Este novo modelo construído a partir das diretrizes do acolhimento, vínculo/responsabilização e autonomização não se encontra presente no município, como mostram os discursos.

As criações de espaços coletivos, em que equipes de saúde compartilhem a elaboração de planos gerenciais e de projetos terapêuticos, depende ainda de uma ampla reformulação da mentalidade e da legislação do sistema de saúde. Porém, há que se considerar a valorização e a promoção de espaços de reflexão conjunta dos agentes, em reuniões consideradas ações componentes do trabalho e a correlata otimização dessas reuniões enquanto fóruns de expressão das trocas, da interação e do agir-comunicativo (PEDUZZI, 1998).

Para Franco e Merhy (2006), são muitos os obstáculos que se interpõem à frente de quem quer alterar o modelo assistencial, indicando que é necessário alterar muito mais do que estruturas. Devem-se modificar as referências epistemológicas, e será necessário destruir o núcleo duro de comportamentos estereotipados e estruturados.

Não há cultura, entre gestores e entre equipes, sobre métodos para programar trabalho dialógico e interativo, criando instâncias de mediação, espaços protegidos e processos de contrato em que se estabeleçam metas e critérios para avaliação do trabalho. Os profissionais habituaram-se a valorizar a autonomia profissional, julgando-a conforme o direito que teriam de deliberar sobre casos de modo isolado e definitivo (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Em concordância com Araújo e Rocha (2007) faz-se necessária a incorporação não apenas de novos conhecimentos, mas mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública, que garanta uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde.

DSC D – EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos apresentam idéias referentes à conscientização dos governantes e orientação aos pacientes com palestras e reuniões.

“O primeiro ponto, mais importante, é conscientizar os governantes da grandeza e do alcance do atendimento por uma equipe multiprofissional. Os governantes imaginam que o profissional tem que entender de tudo, ele tem que fazer de tudo, tem que desempenhar o papel de uma maneira completa e isto não é o que temos condições de fazer, e não é aquilo que o cidadão tem o direito de receber. Hoje ainda o profissional que atende uma determinada área, ele muitas vezes se vê na

contingência de prestar um atendimento, muitas vezes com boas intenções, mas com conhecimentos precários daquela área, então a conscientização dos governantes com respeito às equipes de trabalho multiprofissional no serviço público é importante e decisiva para que isto aconteça.

O segundo ponto, tentar melhorar o nível de educação da população com palestras e orientações para gestantes, mães de família, crianças e adolescentes sobre a alimentação, medicação, escovação, o processo de cárie e a vantagem de fazer atividade física. Eu trabalhei em outros lugares que era quase que SUS e uma vez ao mês havia palestras, mas aqui não tem, não existe isso. Também deveria ter um maior esclarecimento de como funciona, porque muitas vezes, ele quer trata a boca, mas ele esquece que a boca faz parte de um sistema do próprio organismo e o que tem de paciente que vem, vai, volta, vai, volta, vai, você fala uma vez, duas vezes, dez vezes, vinte vezes, cinquenta vezes a mesma coisa ele concorda com você e faz errado. Então fica um pouco falho por essa falta de compreensão e às vezes ele não tem força, não tem condições econômicas, principalmente, que impede que ele viva melhor.

No Brasil infelizmente existe muito isso e está descarregando na saúde, então temos que mudar o pensamento do povo começando pelas crianças, educando as crianças a comer melhor, a viver melhor, a ter hábitos de vida saudáveis, porque se você educar esse povo todas as outras coisas vai mudar, entendeu?”

(Suj M12; E15; Y25; E36; V38; H39; J4; M22.)

O discurso acima vem ao encontro da afirmação de Campos (2003), que relata que a formalidade e a burocratização da prática de saúde coíbe a satisfação profissional, além de provocar um estado de estagnação, em que o profissional tem consciência da inoperância do resultado final das ações realizadas, mas não se sente responsável por isso. Continua a realizá-las de forma mecânica, como se não se incomodasse com a recorrência do adoecimento, fruto da permanência das suas determinações. A criança volta toda semana com o mesmo quadro infeccioso ou respiratório, a mulher se queixa de estar nervosa ou da dor de cabeça que não tem solução. E assim se sucedem os pacientes, nos consultórios, com suas queixas recorrentes, diante das quais os profissionais se sentem impotentes, incapazes de agir de forma eficaz.

É preciso que o profissional tenha mais sensibilidade, escute o outro, saiba o que ele pensa, numa atitude que não seja distante e impessoal. E talvez esta postura o leve a expor, clara e diretamente ao paciente, as possibilidades e os limites da intervenção por intermédio do serviço de saúde e passe a buscar, de forma criativa, novas possibilidades de superação dos problemas identificados.

Dessa forma, ao conceito de educação em saúde se sobrepõe o conceito de promoção da saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde ampliado, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físico e mental (ausência de doença), ambiental (ajustamento ao ambiente), pessoal/emocional (auto-realização pessoal e afetiva) e sócio-ecológico (comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza). Entretanto, a par dessa noção ampliada de saúde, observando-se a prática, verifica-se que atualmente persistem diversos modelos ou diferentes paradigmas de educação em saúde, os quais condicionam diferentes práticas, muitas das quais reducionistas, o que requer questionamentos e o alcance de perspectivas mais integradas e participativas. Uma educação em saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na 'promoção do homem' (SCHALL; STRUCHINER, 1999).

A Educação Permanente em Saúde é considerada orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde. Para Ceccim (2005a) para uma pessoa decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e a seus conceitos é indispensável a detecção dos desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho.

Nessa relação educativa, a produção do conhecimento passa a ser coletiva, gerando uma modificação mútua, porque ambos são portadores de conhecimentos distintos. A construção do conhecimento com base nas reflexões da práxis de educação em saúde aponta para a necessidade de efetivar um processo educativo em saúde envolvendo a comunidade por meio de um processo participativo que permita uma reflexão crítica da realidade e dos fatores determinantes de um viver saudável. A educação em saúde, também explicitada nas diretrizes curriculares na área da saúde, como processo político pedagógico, requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo a sua autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade (MACHADO et al., 2007).

É clara a necessidade de flexibilizar as tarefas estabelecidas, assim como conscientizar não somente os profissionais de saúde e universidades para o aprimoramento de conhecimentos no que se refere a uma abordagem às famílias, trabalho em equipe, trabalho multiprofissional, assistência humanizada, mas, também, conscientizar os gestores e a população da importância da sua participação no planejamento das ações, dos conselhos e conferências de saúde, uma vez que é um trabalho de parceria (ROSA; LABATE, 2005).

DSC E – CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O SERVIÇO PÚBLICO

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos apresentam idéias referentes à contratação de funcionários para o serviço de saúde.

“Eu acho que em todos os postos têm que ter vários profissionais, toda a equipe, sempre as mesmas pessoas, não mudar, cada dia um que vem atende e vai embora. Não sei nem quem é a fisioterapeuta que trabalha aqui na secretaria, por exemplo, o paciente vai lá faz a fisioterapia e volta aqui e eu nem conversei com ela, no serviço privado não é assim. Falta o tempo, muitas vezes para podermos fazer um bom trabalho, talvez se tivesse um maior número de profissionais seria mais fácil para trabalhar em equipe. Ter um para cuidar dos problemas dentro da farmácia e outro do lado de fora da farmácia, aí poderíamos dividir as funções; à fisioterapia, a psicologia e os médicos também.

Essa idéia na verdade o prefeito não iria gostar porque ele teria que contratar mais profissionais, o que seria ideal.”
(Suj A24; D43; F2.)

O discurso expressa a representação dos sujeitos quanto ao serviço público, a preocupação quanto à rotatividade e contratação de profissionais. Rosa e Labate (2005) relatam que a cada quatro anos grande parte dos municípios troca seus prefeitos que, por sua vez, também trocam as equipes por outras, comprometendo, assim, todo o trabalho implementado, ou seja, a troca excessiva dos membros das equipes por motivos “políticos” impossibilita o estabelecimento de vínculos, o avanço das ações e a relação equipe/família/comunidade.

Nesse sentido, parece que a política municipal não reconhece os princípios norteadores do PSF e desconsidera a comunidade local como foco de atenção, dando a impressão de que o PSF é apenas um programa estratégico para reforçar a arrecadação e fortalecer as campanhas eleitorais.

O discurso destaca ainda a idéia de que o simples existir de programas e profissionais de diversas formações em um “espaço comum”, é dito e valorizado pelo gestor como equipe e como multiprofissional, mas que na realidade “na prática diária” isto não ocorre, e que pela rotina nem existe diálogo dentro do serviço.

Fica assumido no discurso o fato de existir uma composição multiprofissional de pessoal no serviço, mas que isso não tem garantido a comunicação e integração entre as distintas especialidades e profissões sobre as necessidades destes usuários que são referenciados a outros serviços, talvez pela falta de tempo ou interesse do profissional.

O discurso deixa claro que faltam vínculo e responsabilização nesta relação, entre os profissionais de saúde e deles com os usuários, e muitas vezes a falta de contratação de profissionais.

DSC F – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos apresentam idéias referentes à gestão dos serviços.

“Falta uma pessoa que coordene um pouco mais a área da saúde, pra seguir uma rotina. Deveria ter pelo menos uma pessoa responsável por três setores: farmácia, fisioterapia e farmácia de manipulação, as coisas caminhariam melhor. Por exemplo, uma vez ao mês deveríamos apresentar um relatório que o paciente foi atendido e do total de atendimentos, não de carga horária e sim explicar melhor o que foi feito com o paciente, coisa que não acontece.

Acredito que deveria ter um projeto de lei ou uma proposta para criação de uma lei que envolvesse mais assiduamente os profissionais, a equipe multiprofissional, porque o envolvimento não é tanto como se tivesse uma legislação pertinente a isso.

Quanto ao atendimento do SUS, muitos criticam mais o SUS é um avanço, tem tido bons resultados. No entanto tem que ser melhor fiscalizado, para que o governo federal e estadual aplique o dinheiro corretamente porque o dinheiro para educação é para educação, dinheiro para saúde é para saúde, não é ficar desviando e sim que sejam responsáveis.”

(Suj S7; J4; V34; H39; M44.)

No discurso acima os sujeitos expressam idéias quanto à gestão dos serviços de saúde. Pires (1999) afirma que na maioria das instituições assistenciais em saúde não existe coordenação da assistência prestada pelos diversos grupos de profissionais de saúde, não existem instâncias de planejamento onde se decida que atividades e conhecimentos estão envolvidos na assistência prestada pela instituição; que profissionais são necessários para a realização de um trabalho adequado; que papel cada um deve desempenhar; como as diversas atividades podem integrar-se. Também não existem espaços conjuntos de avaliação da assistência prestada nem de avaliação dos resultados, em concordância com o discurso expresso pelos profissionais entrevistados.

Embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, nada garante nas estratégias do PSF que haverá ruptura com a dinâmica médico-centrada, do modelo hegemônico atual, como expressa a realidade do município. E em concordância com Franco e Merhy (2006) em que não há dispositivos potentes para isso, porque o programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho no qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência.

Pires (2000) relata que a maior parte da formação dos profissionais de saúde ainda está pautada no modelo biomédico, e pouco instrumentaliza para a atuação na esfera da interação, seja com o usuário, seja com os demais profissionais. Nessa perspectiva, não tem internalizada a experiência da coordenação de grupos. Em geral são condicionados a acreditar que o técnico é o dono da verdade no sentido de saber o que é o melhor para o outro, o que fazer, desconsiderando, muitas vezes, a cultura, crenças e valores que determinam uma dada forma de ser. Por conta disso, estende-se essa verdade, esse saber, que as relações interpessoais no trabalho estão longe de ser um trabalho em equipe, torna-se competitivo, ao invés de ser cooperativo.

Verifica-se a necessidade de reorganizar a rede de poderes e dos processos de trabalho de modo que os profissionais de saúde estejam, ao mesmo tempo, estimulados e sendo preparados para assumir novos padrões de autonomia e de responsabilidade (CAMPOS, 1992).

O trabalho nos estabelecimentos de saúde e, entre eles, na Unidade Básica, é organizado, tradicionalmente, de forma extremamente parcelada. Em eixo verticalizado, organiza-se o trabalho dos médicos e, entre estes, de cada especialidade médica. Assim, sucessivamente, em colunas verticais se vai organizando o trabalho de outros profissionais. Essa divisão do trabalho se dá, de um lado, pela consolidação nos serviços de saúde das corporações profissionais e, de outro, no caso dos médicos, pela especialização do saber e conseqüentemente do trabalho em saúde. A organização parcelar do trabalho fixa trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico. A superespecialização, o trabalho fracionado, faz que o profissional de saúde se aliene do próprio objeto de trabalho. Dessa forma, ficam os trabalhadores sem interação com o produto final da sua

atividade laboral, mesmo que tenham dele participado, pontualmente. Como não há interação, não haverá compromisso com resultado do seu trabalho (FRANCO: MERHY; BUENO, 2006).

Mas o final do discurso deixa claro que o profissional acredita no SUS, que é a organização vigente, e que é possível. Considera que falta um controle maior, porém não é referenciado nem a existência nem o funcionamento efetivo do Conselho Municipal de Saúde, apesar de existir no município. Para Feuerwerker (2005) os Conselhos locais, municipais, estaduais e o nacional existem e, apesar de todas as suas limitações, constituem um dos mecanismos mais democráticos de controle das atividades públicas existentes no país. Suas limitações têm a ver com o grau de organização da sociedade civil, os problemas intrínsecos dos mecanismos representativos de participação e as práticas políticas dominantes no país.

Apesar disso, os conselhos e as conferências de saúde são ainda um espaço de militância e, por meio deles, milhares de brasileiros participam de debates e interferem de algum modo nos destinos do sistema de saúde. Mas falta avançar para serem mecanismos efetivos de gestão democrática e participativa, como se pretendia com o movimento da reforma sanitária.

DSC G – REMUNERAÇÃO SALARIAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: respostas nas quais os sujeitos apresentam idéias referentes a aumento salarial dos profissionais de saúde.

“Em primeiro lugar tem que dar um incentivo maior às vezes para o funcionário, algum tipo de gratificação, entendeu? Estar destacando o melhor funcionário, remunerar bem o profissional, que não é remunerado. Alguma coisa nesse tipo para estar incentivando a pessoa a trabalhar mais em equipe, porque as defasagens salariais no serviço público são enormes, não só em nível de município, mas de estado e federal.

O pronto socorro do hospital, por exemplo, que é mantido pelo poder público, pela prefeitura, deixa um pouco a desejar, mas não é culpa, por exemplo, dos profissionais, a culpa vem pelos honorários que eles recebem, vamos falar é uma mixaria.

Agora o dia que tivermos uma receita melhor, que as verbas chegarem é claro que o serviço público vai só melhorar, aí pode ter certeza que todo mundo vai procurar trabalhar melhor, expor de mais tempo para participar dessas reuniões, agora esse dia estamos esperando há muito tempo.”

(Suj C5; V34; N28; I40; M42.)

É um equívoco pensar que a remuneração salarial, por si só, garante atendimento acolhedor, com compromisso dos profissionais na resolução dos problemas de saúde dos usuários. Para Franco e Merhy (2006), o modo de assistir as pessoas está mais ligado a uma determinada concepção de trabalho em saúde, a construção de uma nova subjetividade em cada profissional e usuário. Sabe-se que qualquer serviço de saúde necessita de dispositivos que mexam na micropolítica do processo de trabalho, e façam que as tecnologias leves sejam as determinantes do processo de produção de saúde, para mudar o perfil assistencial. Isto não ocorre apenas mudando o perfil técnico do profissional.

Encontra-se ainda neste discurso um posicionamento à destinação de verbas, referindo uma visão restrita de que é por falta de dinheiro e não por uma gestão mais adequada que o serviço público de saúde não atende como deveria.

Para Campos (2007), alguns profissionais do setor de saúde tendem a encarar o seu trabalho na área pública como um complemento daquele realizado no setor privado, o que os descompromete com a eterna busca de maior grau de resolução de problemas de saúde, elemento essencial à ética das profissões de saúde. A falta de iniciativa, de criatividade, o cumprimento estrito do previsto em normas, características de todo processo de trabalho burocratizado, estão exacerbados a um nível inusitado entre os médicos servidores públicos. Essas características, por si só nocivas, são ainda mais destrutivas para o trabalho em saúde, dada a imprevisibilidade da sucessão de intercorrências e a variabilidade dos procedimentos requeridos diante de cada evento específico. Frequentemente, essa postura profissional tem sido justificada pela baixa remuneração e precárias condições de trabalho das unidades públicas. Quase todas as análises das entidades médicas repetem incansavelmente esses argumentos.

De um lado, segundo Peduzzi (1998), a nova agenda da política de recursos humanos, que contempla a construção de novas formas de gestão com controle social e flexibilização das relações de trabalho e a igualmente necessária flexibilidade da divisão do trabalho, com base na participação dos profissionais em ambos os momentos, de concepção e de execução dos processos de trabalho. De outro lado, estão os aspectos da velha agenda de recursos humanos, que continuam aguardando encaminhamentos e resoluções para as questões salariais e para os planos de cargos e carreiras, bem como a valorização da permanência dos profissionais nas mesmas equipes de trabalho e a instalação de mecanismos que possam evitar a intensa rotatividade de pessoal, que é prejudicial à conformação de equipes.

Seria mais adequado um modelo de assistência que absorvesse com mais naturalidade estes profissionais, inserindo-os em novas práticas, dando-lhes oportunidades de adquirir novos conhecimentos e operar novos fazeres. Isto seria a construção de sujeitos plenos, capazes de liberar sua energia criativa no trabalho vivo que cada um é capaz de operar em outra modelagem assistencial (FRANCO; MERHY, 2006).

Para reduzir ainda a inércia burocrática, Campos (1992) advoga que os planos de cargos e salários e as carreiras dos servidores públicos deveriam incluir avaliações de desempenho, baseadas exatamente na capacidade de as equipes executarem as metas e objetivos por elas anteriormente definidos. O que não acontece no município pesquisado, onde o desempenho profissional é avaliado pela produção, ou seja, pela quantidade de atendimento e procedimento e não pela qualidade.

O enfoque principal dessas avaliações incidiria no desempenho de toda equipe e, em menor grau, da unidade como um todo, como um estímulo à constituição de vínculos profissionais mais sólidos entre as diversas categorias de trabalhadores de saúde, como que induzindo a uma espécie de solidariedade compulsória entre os produtores.

DSC H – NÃO FALTA NADA

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Idéias Centrais: não está faltando nada

“Em minha opinião não estamos tendo problema, não sei se outros profissionais em outras áreas estão tendo, mas eu não acredito. Como temos um serviço de fisioterapia bem montado, acho que não está faltando nada aqui.”
(Suj O17.)

Observa-se que o discurso mostra a resistência dos médicos às mudanças das diretrizes organizacionais do SUS. A apatia e a indiferença são majoritariamente efeitos de elementos institucionais produtores de sujeitos fragmentados; burocratizados na sua relação com os usuários; individualistas e distantes da percepção da sua própria importância para a sustentação da política de saúde. Para Campos (1992), a resistência manifesta-se de duas formas: primeiro as posturas profissionais neoliberais, conservadas, mesmo em situações nas quais o processo de trabalho se estrutura com base nas lógicas distintas, como acontece na área pública, na qual os médicos teriam de se submeter a algum grau de assalariamento, controle, avaliação e trabalho em equipe. A segunda linha de oposição é contra o objetivo estratégico da integração sanitária. A cultura clínica predominante nas instituições médicas é resistente a qualquer reformulação da prática profissional que objetive incorporar as dimensões psicológicas, sociais e da saúde pública ao cotidiano dos serviços.

Para Araújo e Rocha (2007) o desenvolvimento de ações de saúde na perspectiva da integralidade, requerem uma aproximação integral entre os sujeitos que prestam o cuidado. Ou seja, estabelecer uma prática comunicativa

como estratégia para o enfrentamento dos conflitos significa romper com velhas estruturas hierarquizadas, tão presentes no modelo de saúde hegemônico. Nessa realidade, os profissionais de saúde desenvolvem o trabalho com relativa autonomia, mas com subordinação ao fazer do médico. A ação comunicativa é contrária a qualquer tipo de repressão dos direitos à liberdade do sujeito. É essencial que os profissionais se relacionem em um ambiente livre de coações, para que juntos se comuniquem, estabelecendo interação, possibilitando assim a construção de um novo modelo de saúde.

5.3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE QUALITATIVA DAS ANCORAGENS

A ancoragem é um dado conteúdo discursivo presente em um determinado depoimento, que é a manifestação lingüística explícita de uma teoria, ou ideologia, ou crença, ou valor que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, é usada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica. É importante observar que todo depoimento tem uma ou várias ICs mas apenas alguns depoimentos apresentam, de maneira explícita, as marcas discursivas da Ancoragem (LEFÈVRE et al., 2002).

Tanto a idéia central quanto as ancoragens têm as mesmas expressões-chave. Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005a) a diferença entre a idéia central e a ancoragem é que a mesma expressão-chave remete tanto ao seu sentido mais direto, representado pela idéia central, quanto à teoria, à ideologia ou à crença subjacente, representado pela ancoragem.

Apresentam-se abaixo algumas Ancoragens encontradas nesta pesquisa. Os DSCs das Ancoragens foram compostos com os conteúdos manifestados nas E-CHs de um ou mais discursos concretos nos quais estas Ancoragens estão presentes.

DSC da ANCORAGEM I – SERVIÇO PÚBLICO É PARA POBRE

“Fico realizado quando eu consigo fazer um diagnóstico, principalmente quando eu to atendendo a pessoa carente. Agora não gosto quando pessoas que não precisam e que poderiam ser atendidos em uma clínica particular vir aqui e tomar o lugar de um carente. Porque o PSF é pra pessoas carentes.”
(Suj 140.)

DSC da ANCORAGEM II – SERVIÇO PÚBLICO É VOCAÇÃO

“A gente faz muito por amor a profissão mesmo porque quem não gosta não adianta nem ingressar no serviço público. A coisa aqui é mais ou menos.”
(Suj C5.)

DSC da ANCORAGEM III – FUNCIONÁRIO PÚBLICO É SOBREGARREGADO

“A gente tem que desdobrar em mil pra conseguir fazer todas as tarefas porque todos os funcionários do serviço público têm sobrecarga de função pela pouca quantidade de funcionários que temos. Eu acho que todo funcionário do setor público é muito sobrecarregado.”
(Suj N8.)

Para consolidar a saúde como direito democrático, do cidadão, a Constituição de 1988 incorporou mudanças no papel do Estado e alterou profundamente o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde, criando novas relações entre as diferentes esferas de governo, novos papéis entre os atores do setor, dando origem, enfim, ao Sistema Único de Saúde. Fica estabelecido então que *“a saúde é direito de todos e dever do Estado”*, passando pela definição de que *“as ações de serviço de saúde são de relevância pública”*.

O SUS, que é uma política e um projeto e que pede atores sociais para ser produzido, sustentado e recriado. No entanto, segundo Feuerwerker (2005), a construção do sistema vem sendo operada numa realidade em que, de fato, não há atores totalmente consolidados para operar as transformações do conceito e das práticas de saúde, bem como a democratização que o projeto da Reforma Sanitária propõe e supõe. Na prática, é frágil e não há indícios claros de que será possível implantá-lo em sua profundidade básica, pois para tanto o SUS depende, decisivamente, da fabricação de atores para cumprir esses papéis em novos espaços de encontro e produção das práticas e políticas de saúde.

Os DSCs das Ancoragens I e II expressam representações no qual o serviço público é procurado por pessoas de baixo poder aquisitivo e que o profissional que trabalha neste serviço só o faz por amor. Revela concordância com o estudo de Lefèvre et al. (2002) de que o “pobre”, pela sua condição econômica, é tratado com desprezo e desconsideração pelos profissionais de saúde ou pelos serviços públicos, em flagrante contraste com o cidadão rico, para o qual há a

fantasia de que, simplesmente por ser rico, seria merecedor de um atendimento de qualidade.

O DSC da Ancoragem I expressa uma importante representação que não é uma visão corporativa da profissão médica local, mas também compartilhada pela sociedade.

Para Pedrosa e Teles (2001), o entendimento de que o serviço é destinado à população pobre, decorre do processo de formação desses profissionais. Infelizmente, as práticas moralistas e preconceituosas no campo da saúde são absolutamente comuns. Não se trata, portanto, de olhar de maneira igual a todas as pessoas, já que elas são efetivamente diferentes. A questão é que todas as pessoas merecem igual consideração e respeito.

Os achados do estudo de Sousa, Bezerra, Marques (2003) sugerem a necessidade de criar um espaço na instituição para que por meio de uma construção crítica participativa, os seus recursos humanos possam, na condição de agentes ativos, construir para que o serviço público cumpra com sua missão institucional no contexto do SUS. É imprescindível utilizar estratégias que superem o imaginário simbólico do SUS como “bico” dos profissionais de saúde para atender os mais pobres, não cabe ao profissional de saúde construir julgamentos morais acerca das razões e do *modus vivendi* do sujeito que busca atendimento.

O DSC da Ancoragem III revela uma representação de que todo funcionário do setor público é sobrecarregado.

Isto traz intrincada a idéia de serviço desqualificado e ineficiente prestado no atendimento público de saúde. A origem e continuidade desta realidade está no modo de pagamento do trabalho deste serviço, este profissional se sente sobrecarregado porque é avaliado de modo inadequado. Para Silva e Trad (2005) a

avaliação é restrita, quase exclusivamente, aos produtos do trabalho, ou seja, à quantificação da produtividade do serviço. Além disso, mesmo com relação à avaliação dos resultados, esta se refere, na maioria das vezes, ao preenchimento dos relatórios para atender aos compromissos com a coordenação municipal do que para organizar a dinâmica da equipe, com readequação das atividades que venham responder às necessidades de saúde da população. Dessa forma, o valor das informações geradas pela equipe nem sempre é incorporado na sua prática de trabalho.

Este tipo de representações que resgatam essas Ancoragens, segundo Lefèvre et al. (2002), tem grande importância quando se considera o uso pedagógico ou educativo da pesquisa qualitativa. Isto porque, como as Ancoragens revelam o fundamento ideológico das representações, permite descortinar ao pesquisador as “causas” destas representações, o que seria de grande valia quando do planejamento de uma intervenção pedagógica destinada a provocar mudanças em valores básicos da coletividade pesquisada.

Assim, a devolução para uma coletividade do DSC das Ancoragens aumenta a chance da tomada de consciência por parte de uma coletividade de seus valores mais arraigados e abrangentes, dando condições para aumentar o ganho das ações educativas, na medida em que esta tomada de consciência poderia ensejar mudanças comportamentais de amplo alcance, que podem incidir sobre uma variada gama de comportamentos mais específicos que estão embasados nestes valores. Estes resultados, por ter trabalho com todos os profissionais de saúde de nível superior, subsidiarão a Secretaria Municipal de Saúde de Bandeirantes em futuras decisões sobre a conduta e abordagem dos profissionais de nível superior. A avaliação da conduta deve partir desta realidade onde fica claro o perfil

descompromissado do profissional. É evidente ainda a diferença deste perfil o profissional médico aqui entrevistado é aquele que tem no serviço público um reforço de renda e não sua atividade principal, e assim fica evidente ainda que ele não irá se comprometer em aplicar propostas inovadoras de trabalho ou aprendizagens de qualquer que seja o treinamento oferecido.

Num contexto político complexo como o atual, em que a decepção e a perda de confiança nas instituições e na política ganham força, o SUS, para Feuerwerker (2005), pode ser um espaço de resgate da cidadania.

Nesta perspectiva, alguns de nossos desafios, provavelmente, alocam-se na necessidade de recuperar a disposição e os meios para uma ampla participação na construção das políticas e das práticas de saúde; bem como na abertura sistemática de novos espaços de experimentação e ampliação da produção de conhecimento a respeito das estratégias de gestão democrática, do processo de trabalho em saúde, das diferentes possibilidades de construção da rede de atenção à saúde e que se produzam novas tecnologias de cuidado orientadas às necessidades de saúde dos usuários.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia adotada do DSC, uma abordagem da pesquisa qualitativa que tem em sua técnica a fundamentação da agregação de depoimentos, mostrou-se útil para conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde sobre o trabalho multiprofissional, configurando uma determinada cadeia significativa e argumentativa.

No que diz respeito especificamente ao conteúdo destas representações que enfocam o tema do trabalho multiprofissional nas práticas dos profissionais de atenção primária do Serviço Público de Saúde, nota-se claramente a fragmentação do trabalho assistencial entre as categorias de profissionais.

Desvela-se o relacionamento interno dos profissionais e a inexistência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho, levando à descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional, observando-se desarticulação entre ações curativas, educativas, administrativas e baixo grau de interação entre médicos, enfermeiras, farmacêuticos, fisioterapeutas, odontólogos e a nutricionista.

Suas ações são isoladas, cada profissional ou grupo profissional se organiza e presta parte da assistência a saúde separado dos demais. São perceptíveis os indícios dessa prática isolada em contextos como o da estrutura dos serviços de saúde e campanhas educativas, que reforça a divisão do trabalho, em detrimento da possibilidade de interação entre os profissionais das diferentes áreas.

Os depoimentos expressam a convivência de características do trabalho parcelado: inexistência de práticas interdisciplinares no processo

assistencial em saúde, de modo que a especialização do conhecimento ao invés de possibilitar avanço, gera fragmentação e alienação.

Ocorre ainda a inexistência de coordenação da assistência prestada pelos diversos grupos de profissionais de saúde, bem como de instâncias de planejamento coletivo e de espaços conjuntos de avaliação da assistência prestada.

O trabalho em saúde mantém fortes características da lógica taylorista, permeados por idéias preconizadas pela gerência clássica, ou seja, divisão do trabalho nos moldes tradicionais, chefias intermediárias, por categoria profissional, que definem o trabalho a ser realizado pelos menos qualificados, que são características clássicas das formas tradicionais de gerência dos serviços de saúde.

Os discursos explicitam a existência de barreiras para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional, como a ausência de novas formas de gestão, flexibilização das relações de trabalho e ainda a necessidade de resolução de questões antigas, como remuneração salarial, planos de cargos e carreiras, e organização do serviço com instalação de mecanismos que possam evitar a intensa rotatividade de profissionais.

Sabendo que o profissional não se vê como parte do coletivo organizado para a produção de ações de saúde, falta a ele uma reflexão de suas próprias representações sobre o trabalho multiprofissional.

A prática (exercício profissional) destes atores entrevistados necessita de novos posicionamentos e relações interpessoais, substanciadas na responsabilidade e complementaridade da ação multiprofissional, da construção do objeto de conhecimento e de autonomia para utilizar estratégias de intervenção. Que deve primeiro atuar no âmago destes, que quase sempre encontram-se

desestimulados, atuando sob pressão e transferindo para o vocacionado a insistência em continuar atuando como profissional de saúde.

O trabalho multiprofissional depende de certa predisposição subjetiva para se lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para tomada de decisão de modo compartilhado.

A educação permanente tem reafirmado a predominância de uma visão instrumental da construção dos modelos tecnoassistenciais (centrada nas normas e nos mecanismos de financiamento) e não se atribui à política de educação um papel estruturante no sistema (é considerada uma política meio). E sofrem com a dificuldade dos vários atores de construir mecanismos de convivência, comunicação e pactuação e necessitam de ajustes para operar de maneira mais efetiva. A solução face ao despreparo dos diferentes atores diante do desafio da formulação de políticas é o fortalecimento de espaços democráticos e o desenvolvimento de estratégias específicas, tornando possível não só a estruturação como a cristalização da necessidade de capacitação, e reciclagem do profissional de saúde.

É claro o ganho que decorreu com a inserção do Programa Saúde da Família (PSF) no leque de serviços públicos em saúde, pois este programa é um marco conceitual e metodológico da prática profissional. Porém, é possível constatar múltiplas tensões na sua organização do trabalho, apesar do enfoque ser as práticas coletivas, com as famílias, nas casas, nos locais de trabalho e convivência, e estas serem teoricamente o cerne do conjunto da equipe, os agentes comunitários assumem este papel gerenciados pelos profissionais da enfermagem. E o profissional médico fica quase sempre refém da grande carga de atendimento à demanda. E perde-se assim um dos preceitos quanto ao foco para o usuário e sua

integridade/integralidade principalmente porque os profissionais de saúde visualizam o PSF como um modelo de atenção e não como uma estratégia de organização do processo de trabalho.

Para ocorrer à mudança das práticas de saúde deve-se focar o sujeito, através de uma desconstrução da tradição e dos valores da modernidade. Desviando o pensamento dominante, o sujeito deve ser colocado como principal instrumento humano para conhecer e intervir. Este sujeito está imerso no mundo da vida interagindo com fatores que interferem sobre seus valores e conhecimentos.

Tem-se que questionar a idéia de que a racionalização reflexiva resolve os problemas. Deve ocorrer uma reforma das estruturas, econômica e social aliada a uma reforma intelectual e moral.

Tomar as representações dos profissionais de saúde como objeto de conhecimento é uma forma de contribuir para esse resgate, ao possibilitar o desvendamento da realidade subjetiva dissimulada, e de reconstrução dos valores de acordo com novas necessidades. Se profissionais puderem tomar suas próprias concepções de trabalho multiprofissional como objeto de reflexão e distinguir os elementos que compõem seus "ideais" para consolidação do SUS, poderão compreender a função que cumprem na sociedade e trabalhar na construção de novos valores.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 15, p. 259-74, mar./ago. 2004.

ALMEIDA, M. (Org.). **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003. 89 p.

ALMEIDA, M. (Org.). **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. 2. ed. Londrina: Rede Unida, 2005. 91 p.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, p. 150-153, ago. 2001.

ALVES, M.; CARVALHO, H.; AMARAL, M. A. Fundação de assistência integral à saúde/hospital Sofia Feldman: uma experiência de administração flexível? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 5-11, out. 1999.

ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 42, n. 1, jan./mar., p. 137-146, 2006.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BAPTISTA, T. W. F. O Direito à Saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que queremos dele. In: **TEXTOS de Apoio em Administração**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 11-41.

BARRA, D. C. C.; NASCIMENTO, E. R. P.; MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G. L.; ERDMANN, A. L. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 03, p. 422-430, 2006.

BATISTA, N.; BATISTA, S. H.; GOLDENBERG, P.; SEIFFERT, O.; SONZOGNO, M. C. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 231-237, abr. 2005.

BATISTA, S. H. S. Interdisciplinaridade no Ensino Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 39-46, jan./abr. 2006.

BELLUSCI, D.G.P. **Programa de Saúde da Família: manual de implantação para gestores municipais, médicos e equipes**. São Paulo: Lawbook Editora, 2003. 144 p.

BERNARDES, R. Trabalho: a centralidade de uma categoria analítica. **São Paulo em Perspectiva**, v. 8, n. 4, p. 33-41, jan./mar. 1994.

BOTTI, M. L.; SCOCH, M. J. O Aprender Organizacional: relato de experiência em uma unidade básica de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 107-114, jan./abr. 2006.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. 292 p.

BRASIL. 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 das outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990(a).

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e das outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 dez. 1990(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS de 13 fev. 2004(a). Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, data (não encontrei a data de publicação no DOU). Seção I, Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/admin_ses/diretoria_desenv_humano/educacaopermanente/PORTARIA%20198.doc>. Acesso em: 18 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento da Política Nacional de Humanização, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as esferas do SUS**. Brasília, mar., 2004(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 de 10 out. 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 28 jul. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa da Saúde da Família**. Brasília, 2001. 69 p.

BRAVERMAN, H. A divisão do trabalho. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde – CADRHU?** Natal: EDUFRN, 1999. p. 83-91.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, F. E.; FERREIRA, J. R.; FEUERWERKER, L.; SENA, R. R.; CAMPOS, J. J. B.; CORDEIRO, H.; CORDONI JR., L. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 53-59, maio/ago. 2001.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 301-306, mar./abr. 2007.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992. 220 p.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JR., L. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JR., L. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p. 40-59.

CASTRO, J. L. **Gestão do trabalho no SUS**: entre o visível e o oculto. Natal: Observatório RH/NESC/UFRN, 2007. 216p.

CECCIM, R. B.; ARMAN, T. B.; ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7. n. 2, p. 373-383, 2002.

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

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set.2004 / fev.2005(a).

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-86, 2005(b).

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53 (especial), p. 143-147, dez. 2000.

CHIAVENATO, I. **Administração: teoria, processo e prática**. 3. ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 4. ed. São Paulo: Cortez/CEDEC, 2001.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

DESLANDES, S.F. Análise do Discurso Oficial sobre a Humanização da Assistência Hospitalar. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 1, n. 9, p. 7-14, 2004.

DUARTE, R. Pesquisa Qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, n. 115, p. 139-154, mar. 2002.

FARR, R. M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P. E.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 31-59.

FARIAS, L. O.; VAITSMAN, J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1229-1241, set./out. 2002.

FEUERWERKER, L. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. **Cadernos CE**, v. 2, n. 4, p. 11-23, 2001.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002. 306 p.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA-CHOMPRÉ, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p. 37-50, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA-CHOMPRÉ, R. R. Interdisciplinariedade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? **Revista Olho Mágico**, v. 5, n. 18, p. 5-6, mar. 1999.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set/dez. 2005.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, set/dez. 2004.

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

FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. O Trabalho de Equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 262-8, mar./abr. 2005.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; BUENO, W. S. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o cão de Betim (MG). In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 37-54.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.55-124.

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde. **Saúde dentro de casa: Programa Saúde da Família**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1994.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar./abr. 2005.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na Saúde Pública: um campo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 103-114, jul. 1994.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003. 236 p.

HOGA, L. A. K. Dimensão Subjetiva do Profissional na Humanização da Assistência a Saúde: uma reflexão. **Revista Escola de Enfermagem**, v. 1, n. 38, p. 13-20, 2004.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estudos e Pesquisas de Informação Demográfica e Socioeconômica**. n.15, Rio de Janeiro, 2006.

IGNARRA, R. M. **Medicina: Representações de estudantes sobre a profissão**. 2002. Tese de Doutorado (Departamento de Prática de Saúde Pública) - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA, São Paulo, SP.

IRIBARRY, I. N. Aproximações sobre a Transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 3, p. 483-490, 2003.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 216 p.

JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. T. **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LEFÈVRE, A. M. C.; LEFÈVRE F.; Cardoso, M. R. L.; Mazza, M. M. P. R. Assistência Pública à Saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 2, ago/dez. 2002.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O pensamento coletivo como soma qualitativa**. Faculdade de Saúde Pública / USP, São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://hygeia.fsp.usp.br/qualisaude/soma%20qualitativa%209%20de%20fevereiro%20de%202004.htm>>. Acesso em: 20 de mar. 2007.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Saúde, Empoderamento e Triangulação. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 32-38, maio/ago. 2004.

LEFÈVRE, F., LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS, 2005(a). 256 p.

LEFÈVRE, F., LEFÈVRE, A. M. C. **Depoimentos e Discursos**: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber Livro Editora, 2005(b). 97 p.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O Discurso do Sujeito Coletivo como superação dos impasses no processamento de respostas a questões abertas**. IPDSC – Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo, São Paulo, 2006(a). Disponível em: <www.ipdsc.com.br>. Acesso em: 21 set. 2007.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação. v. 10, n. 20, p. 517-524, jul./dez. 2006(b).

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Pais fumantes: o que pensam seus filhos? **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, n. 16, v. 2, p. 53-68, maio/ago. 2006.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O Discurso do Sujeito Coletivo como expressão narrativa da quantidade**. São Paulo, 2007(a). Disponível em: <<http://www.ipdsc.com.br/scp/showtexto.php?pag=0>>. Acesso em: 20 mar. 2007.).

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O que é o DSC/Qualiquantisoft**. IPDSC – Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.ipdsc.com.br/scp/showtexto.php?pag=0>>. Acesso em: 05 mar. 2007(b).

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; MARQUES, M. C. C. Discurso do Sujeito Coletivo, complexidade e auto organização. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=622>. Acesso em: 25 maio 2007.

LEOPARDI, M. T. Introdução. In: LEOPARDI, M. T. ; KIRCHHOF, A. L.; CAPELLA, B. B.; PIRES, D. E. P.; FARIA, E. M.; RAMOS, F. R. S.; VAZ, M. R. C. **Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa Livros, 1999. p. 9-22.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. 23. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. 2 v., 966 p.

MACHADO, M.H. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (Relatório final).

MACHADO, M. de F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 12, v. 2, p. 335-342, 2007.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias Administrativas e Organização do Trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, jul./set. 2006.

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à Administração**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2004. 434 p.

MÉDICI, A. C; SILVA, P. L. B. Administração flexível: introdução às novas filosofias de gestão. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 26-35, jul./set. 1993.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R. Avaliando o Programa Saúde da Família. In: SOUSA, M. F. (Org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 135-51.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002(a). 189 p.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002(b). p. 71-112.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.15-36.

MERHY, E. E; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M. E.; SANTOS, C. M.; RODRIGUES, R. A.; OLIVEIRA, P. C. P. Em busca de ferramentas analisadoras das

tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p.113-150.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MINAYO, M. C. S. O Conceito de Representações Sociais dentro da Sociologia Clássica. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em Representações Sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. Cap. 3, p. 89-111.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000, 260 p.

MINAYO, M. C. S. (org.); DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 80 p.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003, 404p.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de Humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, mai./ago. 2006.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em Saúde no pré-natal. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 13, p. 109-18, ago. 2003.

NAKAMA, L. **Odontologia e aleitamento materno: atuação interdisciplinar e multiprofissional na construção da saúde bucal como direito de cidadania**. 1999. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) - Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Campus de Araçatuba, Araçatuba, SP.

NEVES, J. L. Pesquisa Qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, jul./dez. 1996.

NOGUEIRA, R. P. **O Trabalho em Serviços de Saúde**. OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde, Brasília, DF, 2007. Texto de Apoio da Unidade Didática I, p. 59-63. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/Texto_3.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2007.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.567-586.

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

PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional de Saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. Tese - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2002.

PIANCASTELLI, C. H.; FARIA, H. P.; SILVEIRA, M. R. O trabalho em equipe. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Brasília: OPAS/Representação do Brasil; 2000. p. 45-50.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001.

PINHEIRO, T. X. A. O Trabalho e a Administração. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de Apoio em Administração**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 37-77.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.; SILVA JÚNIOR, A. G. Integrality in the population's health care programs. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 343-349, 2007.

PIRES, D. **Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem**: Brasil 1500 a 1930. São Paulo: Cortez, 1989. 156 p.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social _ CUT; Annablume, 1998. 254 p.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde In: LEOPARDI, M. T. KIRCHHOF, A. L.; CAPELLA, B. B.; PIRES, D. E. P.; FARIA, E. M.; RAMOS, F. R. S.; VAZ, M. R. C. **Processo de Trabalho em Saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa Livros, 1999. p. 25-48.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. 2, p. 251-263, abr./jun. 2000.

RABELLO, S. B.; CORVINO, M. P. F. A inserção do CD no Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Odontologia**. v. 58, p. 266-267, 2001.

RAYNAUT, C. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas idéias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, supl. 1, p. 43-55, 2002.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, set/dez. 2004.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr. 2004.

RIVERA, F. J. U. Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da organização que aprende. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 209-219, 2001.

RIZZOTTO, M. L. F. As Políticas de Saúde e a Humanização da Assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 2, n. 55, p. 196-99, mar./abr. 2002.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34, nov./dez. 2005.

SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; WENDHAUSEN, A. L. P.; BENITO, G. A. V. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 521-36, set./dez. 2005.

SCHALL, V. T.; STUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Caderno de Saúde Pública, Bol. da Saúde** n. 2, p. 4-5, 1999.

SCHRAIBER, L. B. O Trabalho Médico: Questões Acerca da Autonomia Profissional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 57-64, jan./mar. 1995(a).

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 63-74, 1995(b).

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHEIRA, E. R. L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-42, 1999.

SCLIAR, M. **Do Mágico ao Social**: trajetória da saúde pública. São Paulo: Senac, 2002. 160 p.

SENA-CHOMPRÉ, R. R.; EGRY, E. Y. **A enfermagem no projeto UNI**: um novo projeto político para a enfermagem brasileira. São Paulo: Hucitec, 1998. 189 p.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 25-38, set. 2004/fev. 2005.

SILVA, J. P. V.; TAVARES, C. M. de M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 271-285, 2004.

SILVA, J. P. V.; LIMA, J. C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de Apoio em Administração**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 43-73.

SOUSA, I. M. C.; BEZERRA, A. F. B.; MARQUES, A. P. O. Trabalho em Saúde: quem implementa o Sistema Único de Saúde no hospital universitário conhece sua filosofia? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 302-309, set./dez. 2003.

SPINK, M. J. P. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

VERGARA, S. C.; FERREIRA, V. C. P. A representação social de ONGs segundo formadores de opinião do município do Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública**, v. 39, n. 5, p. 1137-59, Set./Out. 2005.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e Saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-531, jul./ago. 2003.

XAVIER, R. "Representação social e ideologia: conceitos intercambiáveis?" **Psicologia & Sociedade**, v. 14, n. 2, p. 18-47, jul./dez. 2002.

APÊNDICE

APÊNDICE A
ROTEIRO DE ENTREVISTA DADOS CADASTRAIS

- 1) Iniciais do nome:
- 2) Data de Nascimento:
- 3) Sexo: () Masculino () Feminino
- 4) Categoria Profissional:
- 5) Vínculo Empregatício: () Estatutário Federal () Estatutário Estadual
() Estatutário Municipal () CLT () Comissionado
- 6) Tempo de Serviço na Rede:

ROTEIRO DE ENTREVISTA DSC (GRAVADA)

1. Conte para mim como seria um dia típico de trabalho seu no serviço público de saúde?
2. Como você definiria trabalho multiprofissional em saúde no serviço público de saúde?
3. O trabalho que você desenvolve normalmente no serviço público de saúde é ou tem alguma coisa de trabalho multiprofissional? Fale um pouco sobre isso?
4. O que você acha que poderia ser feito aqui em Bandeirantes para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional no serviço público de saúde?

APÊNDICE B**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Título do estudo: **Percepção e Representação Social no Trabalho Multiprofissional no Serviço de Saúde Público Municipal**

I – Informações ao voluntário:

Este estudo do qual você está sendo convidado a participar pretende analisar as práticas multiprofissionais na atenção primária do Serviço Público de Saúde no município de Bandeirantes - Paraná, com o objetivo de compreender as concepções dos profissionais de saúde sobre o trabalho multiprofissional; identificar a percepção que os profissionais de saúde têm acerca dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e identificar as evidências empíricas do trabalho coletivo;

II – Procedimentos a serem utilizados:

- Serão feitas perguntas sobre categoria profissional, vínculo empregatício e tempo de serviço na rede;
- Serão feitas perguntas para analisar as práticas multiprofissionais na atenção primária do Serviço Público de Saúde no município de Bandeirantes-Pr.

III – Confiabilidade do estudo:

Você, em hipótese alguma terá identidade divulgada para outras pessoas ou entidades, além daquelas que participarão do acompanhamento desse estudo. Também serão mantidas em sigilo todas as informações obtidas e que estejam relacionadas a sua privacidade.

Você não terá que efetuar nenhum pagamento.

Qualquer outra dúvida, também poderá ser esclarecida(o) diretamente com os coordenadores da pesquisa: Cristiane Corsini Medeiros Otenio (Fone: (43)3542-1577) ou Prof. Dra. Luiza Nakama (Fone: (43) 3321-4144).

IV – Consentimento:

Eu, _____, após ter obtido esclarecimento da pesquisa, por meio de leitura própria ou pelo entrevistador do termo de consentimento livre e esclarecido; entendido todas as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo, concordo voluntariamente em participar do mesmo. Entendo que tenho a liberdade de aceitar ou não responder às questões da entrevista, ou ainda, me recusar a participar no momento em que eu quiser, sem qualquer prejuízo para mim ou minha família.

Bandeirantes, _____ de _____ de 2006.

Assinatura do voluntário

Cirurgiã Dentista
Cristiane Corsini Medeiros Otenio

APÊNDICE C
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO AO MUNICÍPIO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA