

A produção do cuidado nos processos de trabalho da atenção básica no município de Nova Friburgo – RJ

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde é um grande complexo composto por vários elementos que ao compô-lo ratificam ou negam seus princípios. Um desses elementos são os profissionais da saúde e seus processos de trabalho. O processo de trabalho em saúde está diretamente relacionado com as propostas de transformação do modelo de atenção e mudanças das práticas em saúde.

Embora muitas sejam as Leis, Portarias e Regulamentações que o Ministério da Saúde tem publicado na intenção de reorganização dos serviços de saúde e com o objetivo de legitimar e colocar em prática os princípios que orientam o SUS: Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde, nem sempre todos esses dispositivos são suficientes para garantir essa reorganização. Ou seja, a operacionalização dos princípios constitucionais do SUS para o dia-a-dia dos serviços, não é uma tarefa das mais fáceis, devido aos diversos “nós críticos” que se revelam no cotidiano das práticas e produzem barreiras que emperram a incorporação de um modelo de atenção baseado na integralidade das ações de saúde.

Essas dificuldades/desafios também fazem parte da realidade do município de Nova Friburgo e reconhecendo que existe certo desencontro entre os arranjos institucionais criados pelas normas e decretos do Ministério da Saúde e as práticas efetivamente realizadas, este trabalho se propôs a identificar na rede de Atenção Básica do município de Nova Friburgo como, a despeito de todas as dificuldades, alguns atores estabelecem novas práticas, produzem movimentos que muito se aproximam do ideal preconizado pelo Ministério da Saúde ou percorrem caminhos diferentes para tentarem superar esses “nós” do sistema e produzirem o cuidado.

O estudo aconteceu em duas Unidades de Atenção Básica do Município, e a partir delas não se pretendeu captar todo o conjunto das relações do sistema de saúde local, mas, analisando as singularidades das relações dessas Unidades com a rede, pudemos construir um conhecimento que dialoga de forma densa com a lógica do sistema de saúde do qual as unidades estudadas fazem parte, e, dessa forma, contribuir efetivamente para avanços nas práticas de atenção à saúde local.

Como objetivos específicos o trabalho pretendeu descrever a estruturação das Unidades, e compreender qual a percepção desses profissionais sobre a produção do cuidado em seus processos de trabalho.

Para o alcance desses objetivos, o trabalho apoiou-se em alguns pressupostos: primeiramente que a produção do cuidado está intimamente ligada ao processo de trabalho, e este longe de constituir uma homogeneidade dentro de um mesmo sistema de saúde, vai sendo organizado e produz diferentes ações que são influenciadas pelas trajetórias de formação, pelos valores pessoais, subjetividades, objetivos e compromissos desses trabalhadores com os usuários.

O outro pressuposto é que a equipe de saúde pode não estar produzindo o cuidado com a formalidade que os teóricos o conceituam, mas independentemente disso os trabalhadores da saúde desenvolvem atividades não institucionalizadas com os usuários no cotidiano.

Apesar de não ser uma pesquisa de caráter avaliativo a proposta de desenvolvimento do trabalho teve como elemento norteador o Círculo Hermenêutico Dialético e seu processo de construção e reconstrução da realidade.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF sob o CAAE: 05578913.7.0000.5243.

CONCEPÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA

O presente trabalho caracteriza-se como uma pesquisa social de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso.

Considerando a escolha da abordagem qualitativa, optamos pela Metodologia Interativa que segundo Oliveira¹ é, um processo hermenêutico-dialético que facilita entender e interpretar a fala e depoimentos dos atores sociais em seu contexto [...] em direção a uma visão sistêmica da temática em estudo.

O principal instrumento de pesquisa dessa metodologia é a técnica do Círculo hermenêutico-dialético.

O Círculo Hermenêutico Dialético (CHD) prevê observação e entrevistas. As primeiras entrevistas são menos estruturadas, permitindo que o respondente fale livremente sobre o serviço. Mas à medida que as entrevistas vão sendo realizadas, a análise permite que sejam identificadas questões expressas nas entrevistas seguintes, de modo que, cada vez mais, as entrevistas se estruturam sem deixar de permitir que todos os entrevistados possam lançar novas questões se assim o desejarem. Foi então construído um roteiro prévio de entrevista que, por conta da adoção da perspectiva do CHD, foi sofrendo alterações, já que a cada entrevista foi feita uma síntese provisória que agregou valor para a entrevista seguinte.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com os profissionais de nível superior de duas equipes de Unidades Básicas escolhidos a partir de critérios pré-determinados e que aceitaram participar da pesquisa. Ao todo oito profissionais foram entrevistados. As entrevistas foram agendadas previamente de acordo com o dia, hora e local marcados pelos próprios entrevistados. Foram gravadas e em seguida ouvidas, a fim de introduzir no círculo hermenêutico questões/assuntos para as próximas entrevistas. As primeiras entrevistas foram mais curtas e as últimas mais longas, pois estas contemplaram quase a maioria dos assuntos introduzidos no círculo.

Outra articulação que teve de ser estabelecida, diz respeito à relação entre a fundamentação teórica do objeto a ser pesquisado e o campo que pretende explorar.

A fim de compreender o cotidiano do processo de trabalho na Atenção Básica em relação aos elementos estruturais da Atenção Básica utilizamos as seguintes dimensões de análise:

cuidado, acolhimento, vínculo/responsabilização e trabalho em equipe conforme definições dos principais autores da área, objetivando assim analisar a produção do cuidado em saúde nas UBS do município de Nova Friburgo.

A escolha das Unidades teve como critérios: ser uma Unidade Básica de Saúde, a conveniência, a proximidade, possuir o maior número de profissionais de diferentes categorias e a aceitação, por parte dos profissionais, em participar da pesquisa.

Não entraram nessa escolha as Unidades Básicas com Estratégia de Saúde da Família, pois os modelos assistenciais de Atenção Básica em Saúde (Estratégia de Saúde da Família e UBS tradicional) apresentam diferenças nos processos de trabalho relacionadas, pelo menos, nas seguintes dimensões: trabalho em equipe, acolhimento e vínculo/responsabilização e não foi objetivo deste trabalho comparar diferentes Unidades.

Partimos então para os critérios de escolha dos profissionais, sujeitos deste trabalho:

- Trabalhadores de diferentes categorias dentro da lógica multiprofissional, pois a integralidade da atenção tem, necessariamente, um caráter interdisciplinar;

- O maior número possível de profissionais dentro das (quatorze) categorias profissionais da saúde de nível superior;

- Outro critério de inclusão foi o de trabalhar na Unidade há pelo menos três anos, o que facilita a formação de vínculo e abrange os profissionais contratados através do concurso de 2007, fato que significou a desprecarização dos vínculos empregatícios na área de saúde (que até esse momento eram feitos por meio de contratos).

- Como critério de exclusão não consideramos os profissionais em período de férias ou em licença médica.

Na primeira ida ao campo foi explicada para as chefias das Unidades a proposta do trabalho e dentro da lógica de multiprofissionalidade, tempo do profissional no serviço e o tipo de vínculo que possuía já consegui estabelecer os possíveis atores que participariam das entrevistas. A partir daí, com a informação sobre os horários de seus atendimentos nas respectivas unidades, foi elaborado um cronograma de visitas, para a realização de entrevistas com cada profissional, apresentando a proposta do estudo e verificando a disponibilidade para conceder a entrevista. A fim de que houvesse uma melhor interação com os sujeitos envolvidos, a entrada no campo foi iniciada com a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes do início das atividades propostas, de um breve resumo sobre

o trabalho com o intuito de explicar os motivos da pesquisa, a justificativa da escolha do entrevistado, a garantia de anonimato e sigilo e também mostrar-lhes que sua participação e contribuições serão fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa.

Como afirma Deslandes² é preciso termos em mente que a busca das informações que pretendemos obter está inserida num jogo cooperativo onde cada momento é uma conquista baseada no diálogo que foge à obrigatoriedade.

Foi bastante difícil marcar horário com determinados profissionais, como os médicos, por exemplo. Em diversas oportunidades, esses profissionais não se mostravam disponíveis para conceder a entrevista em seus horários de atendimento na Unidade e assim que terminavam saíam rapidamente para plantões em outras Unidades de Saúde ou para seus consultórios particulares. A única profissional da área que concordou em conceder a entrevista o fez durante seu horário de almoço, dentro do restaurante.

O método utilizado para análise dos dados foi a *análise de conteúdo* que possibilitou a sistematização e interpretação dos dados a partir da construção de categoriais principais que orientam a compreensão do objeto pesquisado, fundamentadas segundo o referencial teórico. Adotou-se o procedimento de três formas básicas de análise do conteúdo qualitativo adotado por Mayring³: sumarização, explicação e estruturação.

Após a ida a campo e a realização de uma revisão de literatura, percebemos que havia surgido outra categoria empírica de análise: a visão do profissional sobre a Atenção Básica e que ainda poderíamos agrupar as falas de alguns entrevistados nas definições propostas na primeira fase da avaliação responsiva do Círculo Hermenêutico Dialético de Guba e Lincoln (1989), onde os respondentes são solicitados a apresentar as reivindicações, preocupações e questões que desejem, passando estes quesitos a cumprirem a função de organizadores avançados na coleta de informações. Sendo reivindicação uma alegação favorável ao objeto de avaliação; preocupação uma alegação desfavorável, e questão seria qualquer situação sobre a qual as pessoas pudessem discordar.

Retornamos então aos entrevistados, apresentamos as definições acima e sistematizamos as preocupações, as reivindicações e questões relativas aos processos de trabalho. Foi construído também um quadro analítico com essas categorias que será pormenorizado em Resultados e Discussões.

O modelo assistencial e a Atenção Básica do Município de Nova Friburgo

A partir de nossas observações podemos dizer que o modelo assistencial construído no município de Nova Friburgo parece estar pautado num modelo, como classifica Paim⁴, que desenvolve exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e que seus serviços estão voltados para atender às demandas que chegam espontaneamente, sem uma atuação ativa sobre os usuários e sobre o processo saúde-doença.

Atualmente a Atenção Básica em Nova Friburgo está estruturada da seguinte forma:

- 2 Policlínicas
- 2 Unidades Básicas de Saúde
- 1 Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (CAISMCA)
- 15 Unidades Básicas com Estratégia de Saúde da Família

Resultados e discussões

Vale ressaltar que as razões por que o problema merecia ser pesquisado foram, primeiramente, iluminar esse novo contexto do SUS de olhar para o interior, visto termos pouca produção acadêmica em relação à região serrana e especialmente em relação à Nova Friburgo. Ao mesmo tempo pretendemos apresentar as práticas que apontam para a produção do cuidado e também apontar perspectivas na superação das fragilidades identificadas, fortalecer a compreensão da organização da ABS destacando suas implicações no contexto local/regional do SUS, além de tentar contribuir com a formulação da política de Atenção Básica do município.

Dos 10 profissionais da Unidade I, apenas quatro se encaixavam no critério da lógica da multiprofissionalidade e tempo no serviço e os quatro aceitaram participar da pesquisa. Já na Unidade II, dos 17 profissionais, apenas 5 se encaixavam nos critérios estabelecidos e quatro aceitaram participar das entrevistas.

Nosso limite então foi a quantidade de profissionais que se encaixavam em nossos critérios de escolha dispostos no caminho metodológico da pesquisa e a dificuldade na marcação das entrevistas.

Como já foi dito anteriormente, a fala desses oito atores não captarão todo o conjunto das relações do sistema de saúde local, mas já teremos possibilidade de dar voz a esses

trabalhadores, valorizando suas narrativas e garantindo um diálogo com a lógica do sistema de saúde do qual fazem parte.

A realidade local, vivenciada durante a pesquisa, revelou um sistema de saúde com serviços de atenção básica retratado em oferta restrita na porta de entrada: a recepção é modulada por cartazes informativos sobre o número de vagas, por ordem de chegada e por dias específicos para o atendimento para determinada especialidade e a determinado grupo populacional, presença ou ausência do profissional, tipo de demanda e outros.

Essa espécie de “disciplinarização” exposta nos cartazes evidencia a presença do poder na relação trabalhador/usuário (Matumoto⁵). No período de observação dentro das Unidades o que aparece como predominante é o usuário submetendo-se a essas normatizações e poderes do serviço e dos trabalhadores, que enquadra a demanda à oferta de atenção e ao cardápio disponível. Isso também pode significar restrição de acesso.

Evidenciou-se também, durante o período de observação, que o primeiro acolhimento e o acesso às consultas, em geral, eram de responsabilidade da recepção da unidade, que utilizava como único critério o número de vagas a serem distribuídas por ordem de chegada. Deste modo, não eram priorizadas as peculiaridades de cada usuário, o que traz à luz do nosso entendimento sobre o processo de trabalho na Atenção Básica uma fragilidade e que este elemento deve ser potencializado. Abaixo recortamos alguns trechos de entrevistas que evidenciam tal fragilidade:

“O acolhimento é feito na recepção. A marcação pode ser feita pelo SISREG encaminhados por médicos de fora, ou da própria Unidade. O paciente pode vir na demanda espontânea, sem encaminhamento, que eu tento encaixar em alguma brecha”. (R6)

“Acolhimento e marcação de consultas são feitos pela auxiliar administrativa. Antes só atendia com encaminhamento, agora não precisa mais, porque senão a pessoa tinha que passar pelo médico só para isso e acabava sobrecarregando o médico e dificultando o acesso. Também atendo pacientes marcados pelo SISREG”. (R8)

Para Matumoto⁵ o acolhimento não se restringe ao espaço físico do setor de recepção da Unidade de saúde, ou é de responsabilidade somente de quem trabalha na recepção; diz respeito a toda situação de atendimento, a partir da entrada do usuário no sistema, podendo ser praticado por todos os profissionais de saúde, seja no desenvolvimento de práticas individuais ou coletivas.

Outros profissionais estabelecem - eles próprios - as marcações de suas agendas como vimos nas falas:

“O acolhimento é feito por mim mesma. O paciente é agendado até o término do tratamento, mas eu atendo as emergências que chegam”. (R2)

“O acolhimento é feito por mim mesma. Eu faço assim: marco um horário na semana para pacientes novos. Faço uma breve anamnese, mas se tiver muita gente eu já faço esse primeiro atendimento em grupo”. (R7)

Esse modelo tem uma implicação porque o problema do usuário passa a ser do profissional e não da equipe. Além disso, as práticas subjetivas são pouco consideradas, estabelecendo uma escolha para as relações direcionadas à queixa, conduta, consultas e ações pautadas em procedimentos, gerando baixa resolubilidade, na medida em que os problemas de saúde são resolvidos de forma fragmentada e focalizada. Por mais que o profissional estabeleça um projeto terapêutico para aquele indivíduo, esse projeto não dialoga com outros trabalhadores, pois o profissional é dono de sua agenda. Isso não é de todo ruim, porque afinal o profissional está de certa forma tentando resolver o problema do usuário.

Nas duas Unidades pesquisadas todos os profissionais afirmaram não existirem barreiras entre a equipe e a comunidade. Entretanto, percebemos que alguns profissionais ainda não conseguem interação com a comunidade, para o estabelecimento de vínculos com responsabilidade. Desse modo, o processo de vinculação da equipe não é uniforme, seria montado por etapas, nas quais apenas alguns trabalhadores vão criando laços com a noção de vínculo, associada apenas ao que seriam as “boas relações” para conhecer as pessoas e seus problemas, a amizade e o tratar bem, conforme as falas abaixo:

“O meu horário de trabalho é 8h, mas eu chego às 7h para gente ficar meia-hora no bate-papo com o paciente do lado de fora, brincando, faz parte também do lado emotivo do paciente. Se ele estiver muito abalado a gente não consegue resultado”. (R1)

“Eu acho que o paciente tem que chegar aqui e ser bem tratado, receber carinho, bom tratamento”. (R2)

“Acho que a gente tem que estar aberta a receber bem e escutar o paciente. Tem profissionais que têm uma dificuldade de escuta enorme”. (R6)

“A proximidade que o profissional pode ter com a população facilita formar vínculo, deveria ser assim. Na prática isso nem sempre acontece”. (R7)

Tomar conhecimento não é envolver-se e nem responsabilizar-se, uma vez que o vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, para que possa atender efetivamente as demandas e

necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde. Além disso, como alertam Schimith e Lima, *apud* Mattioni⁶, é necessário que o projeto de acolhimento e produção de vínculo seja de toda a equipe, a fim de que se concretize um trabalho humanizado, acolhedor e integral.

Santos e Assis⁷ reforçam que acolhimento e vínculo têm relações estreitas com consequente ampliação dos laços relacionais e desenvolvimento de afetos. A unidade de saúde passaria então a organizar sua demanda, de acordo com suas necessidades e prioridades, e não pela ordem de chegada, evitando, desta forma, filas e perda de tempo.

Para Assis *et al*⁸ para o estabelecimento de vínculo é preciso muito mais do que apenas conhecer as pessoas de sua área de abrangência; é necessário criar condições de envolvimento e compromisso, pela responsabilização e interação dos gestores, trabalhadores e usuários, na busca da organização das práticas do cuidado e, por conseguinte, do sistema de saúde.

Utilizando a conclusão desses autores percebemos que nas unidades estudadas a construção do vínculo ainda é feita de forma rudimentar, posto que para criar vínculos, é preciso refletir sobre a responsabilidade e o compromisso que a equipe tem com o usuário de seu território social, e com os tipos de problemas que eles apresentam. Dessa forma, criar vínculos implica ter relações próximas e claras, com sensibilização com o sofrer do outro e/ou da população, com possibilidades de permitir a ocorrência do processo de transferência entre o usuário e o trabalhador, sempre em busca da construção da autonomia do usuário.

Pelas informações empíricas coletadas também foi possível perceber problemas relacionados à falta de articulação na rede de serviços de saúde, dificultando a garantia do acesso da população aos diversos níveis de complexidade do sistema, dificuldades também são apontadas por quase todos os respondentes em relação ao sistema de referência e contra-referência que interfere diretamente na categoria responsabilização, e que foge, em muitos momentos, da governabilidade dos trabalhadores de saúde.

Em uma das falas, R3 relata um caso de um paciente que necessitaria fazer um tratamento com um aparelho que não existia na Unidade e o orienta a procurar outro posto para ver se acha. Quando indagamos se existe em algum outro lugar, ela relata que até pode existir sim, mas que ela mesma desconhece.

Outro problema é quando você faz a referência e contra-referência. Você encaminha um paciente para Unidade hospitalar. Essa Unidade deveria te dar um retorno ou um feedback.

Você não tem. Eu ainda vou atrás dos pacientes lá no hospital, mas se você encaminha um paciente, ele acaba sumindo”. (R1)”

“Eu faço a minha parte, tento fazer tudo o que posso fazer aqui para não precisar referenciar o paciente para outro lugar. Para ele só ser referenciado quando fosse realmente necessário. Eu acho que os médicos também deveriam trabalhar assim para evitar que os pacientes tivessem que procurar outros serviços”. (R2)

O entrevistado R8 fala sobre sua dificuldade: *“Acho que poderia haver um acompanhamento do usuário mais próximo, para ver se o tratamento está dando certo ou não”*.

Foi percebido a partir das entrevistas e da ida ao campo que ainda persiste uma alienação dos profissionais em relação ao trabalho em equipe, ou seja, ainda persiste uma separação entre os membros da equipe de trabalho, onde cada um se ocupa de suas tarefas, havendo pouca ou nenhuma integração entre as atividades, o que contribui para o baixo grau de responsabilização e criação de vínculos entre profissionais e usuários, revelando desapego em relação às condições de trabalho.

As atividades diárias dos profissionais das Unidades Básicas escolhidas surgem como ponto para discussão a perpetuação de um trabalho fragmentado, voltado para atenção individual, com a reprodução de saúde a partir dos conhecimentos específicos de cada profissão, reproduzidos de forma isolada. Pode-se identificar que a produção do trabalho em saúde nas Unidades está sendo desenvolvida na lógica de “cada um no seu quadrado”.

Nesse movimento encontramos a questão do trabalho em equipe se resumindo a pequenos lampejos de encontros entre os profissionais nas Unidades e que a percepção desses profissionais sobre trabalho em equipe ainda está muito centrada na competência de seu núcleo profissional.

“Todo mundo trabalha cada um desempenhando seu papel. Todo papel é fundamental, desde a recepção até o pessoal da limpeza, a equipe médica, a gente faz a referência quando necessita, a gente acaba se agrupando mais com pessoas que têm objetivos comuns”. (R1)

“Falta parceria entre os membros da equipe. Os médicos saem correndo. Eles fazem o trabalho deles e vão embora. No grupo de tabagismo, por exemplo, não podemos contar com os médicos e psicólogos da equipe”. (R2)

“Com os médicos eu tenho pouco contato (...). Com os outros profissionais o contato é pouco, é mais através de prontuário ou comunicação escrita”. (R5)

“Em geral não existe trabalho em equipe nas Unidades. O trabalho fica muito fragmentado, cada profissional com seu olhar. Pouco se conversa. Se tivesse pelo menos mensalmente uma reunião de equipe em que todos os profissionais pudessem estar, trocar questões da Unidade, eu acho que seria bacana”. (R7)

Apesar de a maioria dos profissionais entrevistados apontar a importância do trabalho em equipe, ele aparece mais como uma experiência interessante do que como um princípio organizador do trabalho como relata o trabalho de Peduzzi⁹.

Fica claro também que o trabalho em equipe nessas Unidades mais se assemelha a uma das modalidades de trabalho identificadas por Peduzzi⁹ que se caracteriza como agrupamento, em que ocorre a justaposição de ações, onde os saberes não dialogam ou, quando o fazem, seu movimento é apenas de soma de disciplinas para dar conta de um problema que exige diferentes olhares.

Em alguns relatos encontramos a presença de um discurso fortemente baseado no “antigo” modelo hegemônico, onde o paciente é responsabilizado pelo estado de saúde em que se encontra e que o profissional lhe dá a grande oportunidade ou faz a caridade de atendê-lo.

“As comunidades têm posto do lado de sua casa. Eles (os usuários) não vêm até a gente porque não querem. Existe uma facilidade que toda comunidade de baixa renda tem de receber tratamento básico”. (R4)

À medida que os respondentes eram indagados sobre o que apreciavam na AB, observamos através das falas que deveríamos valorizar o entendimento desses atores sobre a AB, surgindo desse entendimento uma categoria empírica. Na maioria das falas dos atores constatamos uma sub-valorização da AB. O básico tomado como o mínimo, como o mais simples.

“Aqui temos ótimos profissionais na área de enfermagem, por exemplo, e eles tentam dar o máximo que podem, mas a AB deixa muito a desejar. A gente podia fazer muito mais do que faz. O profissional fica limitado a fazer coisas básicas no paciente”. (R4)

“A AB é o início de tudo, através dela você pode servir, ajudar nessa parte básica que você vai evitar que as doenças se agravem, que haja internações”. (R5)

O entrevistado R5, nessa sua outra fala, nos mostra que talvez a sub-valorização da Atenção Básica comece pela própria gestão:

“Isso é uma conversa que eu ouço desde sempre. E todos falam: o problema é resolver a saúde básica e nunca ela foi resolvida, então o que me parece é que não tem interesse em resolver porque as questões do que precisa todo mundo já sabe, só que permanece na discussão e nada acontece”.

Este fato demonstra que a despeito de todos os documentos publicados pelo MS exaltando a Atenção Básica como resolutiva, na prática persiste o embate entre esse modelo de Atenção Primária residual, fragmentadora e uma Atenção Básica que pretende se instalar, mas que ainda não conseguiu, talvez por uma falta de compreensão dos próprios profissionais sobre Atenção Básica e muitas vezes até da gestão.

Como, em geral, nos atendimentos não há risco de morte e são poucos os equipamentos utilizados, os serviços básicos são entendidos como simplificados, portanto desvalorizados Silva Jr e Alves¹⁰. Na verdade, enfrentam-se desafios tecnológicos muito complexos para assegurar acolhimento e resolutividade aos problemas de vida inerentes ao contato com famílias, com grupos sociais, com a diversidade cultural e com problemas de vida. Essa complexidade só pode ser enfrentada com a articulação dos conhecimentos biológicos com outros, advindos de campos do saber. Tanto profissionais como gestores muitas vezes não reconhecem a especificidade nem a complexidade envolvida nesse trabalho.

Ao mesmo tempo esse não reconhecimento ratifica a imagem de que o serviço público não oferece serviços de qualidade. Na saúde bucal, por exemplo, isso se faz mais presente ainda, o que leva o usuário a pensar que se não tem saúde bucal é porque nunca poderá pagar um dentista particular.

Outra característica importante percebida a partir desse trabalho é que as Unidades Básicas não trabalham com a lógica da territorialização, preconizada como atributo da Atenção Básica, por Starfield¹¹ até porque recebem usuários de todos os bairros marcados pelo SISREG para as especialidades oferecidas. A fala de R3 confirma isso:

“Deveriam ser atendidas só as pessoas de alguns bairros, mas como existem alguns serviços como a parte do curativo, obstetrícia e do hiperdia que não existem ou não funcionam em outros lugares, acaba vindo gente de todas as partes para cá, mesmo de lugares que têm Unidades de Saúde próximas”.

Em relação ao cuidado, eleito nossa principal categoria de análise, pudemos perceber que quando indagados a respeito da percepção acerca do cuidado oferecido aos usuários na Unidade, os sujeitos entrevistados tiveram as seguintes percepções:

“Mais que ofertar especialidades, tratar o ser humano” (R1)

“Eu acho que o paciente tem que chegar aqui e ser bem tratado, receber carinho, bom tratamento”. (R2)

“Atender bem. Encaminhar quando for preciso. Estar aberta a receber bem e escutar o paciente”. (R6)

“Cuidado é você acolher a pessoa que chega, independente de agenda...” (R7)

A leitura que os profissionais apresentam nas entrevistas não é de um cuidado enquanto condição intrínseca de seus processos de trabalho, mas como algo que ofertam na condição de sua humanidade e que se resume a ser gentil, educado, tratar bem.

Para se produzir o cuidado é necessário que nesse encontro de sujeitos com necessidades e capacidades, surjam fluxos de interação que possibilitem o acesso às várias alternativas de solução de problemas e à construção de vínculos e de responsabilidades mútuas Pinheiro, Ferla, Silva Junior¹².

O trabalho em saúde tem que ser mediado pelo cuidado por meio do desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para saúde como afirma Ayres¹³.

Em relação ao nível de autonomia no trabalho sabemos que os profissionais possuem um nível de autonomia para produzir, mas muitas vezes esbarram em questões sobre as quais não possuem governabilidade como uma gestão verticalizada que não escuta os profissionais, os problemas de falta de investimento etc... Alguns se utilizam do argumento da existência de tais problemas para simplesmente não produzirem nada, ou o mínimo possível. Outros, a despeito de todos esses fatores, se esforçam na construção de um processo de trabalho voltado para o cuidado. Pudemos presenciar, em nossa ida ao campo, alguns desses trabalhadores tentando construir vínculos e produzindo cuidado mesmo que de maneira diferente do que é preconizado pelos autores que discutem esses temas.

A fala de R2 resume bem tudo isso:

“O profissional acha que ganha pouco daí tem um descaso absurdo com o ser humano. Tem alguns (profissionais) que dizem até: se eu ganhar melhor, eu trabalho melhor, mas eu não sei

se isso vai resolver, porque eu acho que isso é do ser humano. Está dentro da gente, o caráter está com a gente, a gente tem esse dom ou não. Eu ganho pouco e trabalho muito bem, se eu ganhar melhor vou continuar trabalhando muito bem.”

R1 relata sua preocupação em chegar 1 hora antes da Unidade abrir para poder estabelecer um contato mais próximo com o paciente. R2 coordena as atividades do grupo de Tabagismo da Unidade e realiza atividades de educação em saúde nas Escolas e creches da região. R3 coordena as atividades do grupo de hipertensos e diabéticos da Unidade.

“Toda sexta-feira nós fazemos atividades com o grupo de hipertensos e diabéticos, o pessoal da Estácio faz atividade de alongamento lá fora e toda última sexta-feira do mês nós oferecemos um café da manhã e geralmente têm sempre um bate-papo ou com alguém que a gente convida ou comigo mesma. A gente fala sobre alguns temas importantes como dieta etc...”

R7 também faz atendimento ao grupo de tabagismo, e possui mais 2 grupos de pré-adolescente e adolescente, onde trabalha com temas que o próprio grupo traz para as discussões.

Essas atividades não foram estabelecidas por nenhum plano de metas da gestão e também não fazem parte da organização de seus processos de trabalho, são simplesmente realizadas por estes profissionais por iniciativa própria, por vocação. A fala de R3 corrobora esta afirmação e lança um desafio para a gestão:

“Os gestores não dão valor ao trabalho que a gente faz. Tanto faz se você fez ou se você não fez o reconhecimento é o mesmo.”

Gestões que apenas supervisionam o trabalho das equipes, cobrando desempenho e produtividade, esbarram numa constatação: trabalhadores resistentes às mudanças, mesmo quando cobrados, e equipes que, apesar de aderentes ao trabalho, tornam-se desestimuladas e deixam de inovar, ou mesmo perdem a coesão/adesão com o trabalho, com o passar do tempo Assis et al⁸.

Daí a necessidade de modelos flexíveis, que integrem o trabalho ao processo de educação em serviço e reconheçam o protagonismo dos trabalhadores, enquanto gestores e produtores do cuidado.

Ficou evidente que os profissionais carecem de uma boa acolhida em seus processos de trabalho na forma de capacitações, incentivos, melhores salários, espaços de escuta pela gestão, níveis de autonomia no trabalho e cuidado ao cuidador.

“A gente acaba cuidando dos outros e ninguém cuida dos funcionários. Os funcionários têm que ser um pouco mais valorizados até para que estejam mais abertos. Se você é melhor remunerado, fica mais disposto ao trabalho, a coisa vem e flui naturalmente.” (R1)

“Acho que a gestão deveria ajudar às pessoas a fazerem educação continuada, especialmente em humanização e promoverem capacitações para ajudarem as pessoas a evoluírem. Existem pessoas que não têm perfil para trabalhar na AB”. (R2)

“Falta diálogo do poder público (gestão) com os profissionais. Eles tinham que ter essa conversa para saber o que a gente precisa”. (R4)

O trabalhador precisa falar e ser ouvido, para que possa exercitar em sua prática uma clínica ampliada Campos¹⁴, comprometida e resolutiva. Trabalhadores valorizados e percebidos podem tornar-se mais engajados e partícipes na concretização de modelos de cuidado.

Preocupações, Reivindicações e Questões

Apesar de esta pesquisa não ter um caráter avaliativo, durante as entrevistas percebemos que algumas observações feitas pelos respondentes, ainda que não se encaixassem nas nossas categorias de análise, poderiam ser categorizadas dentro do que Guba e Lincoln¹⁵ denominam organizadores avançados. Isso serviu para nos nortear em todo o movimento de aproximação com o campo, possibilitando dessa forma a valorização da narrativa desses profissionais à luz desses três organizadores: Preocupações, Reivindicações e Questões (Quadro I).

Podemos retirar algumas considerações a respeito:

Fica claro que os profissionais estão insatisfeitos com a falta de valorização profissional, com a falta de investimentos sejam de recursos financeiros, materiais, humanos e estruturais. Essa insatisfação gera trabalhadores, que mesmo pressionados pela gestão que cobra carga horária e produção, realizam seu trabalho de maneira descomprometida e ficam resistentes a todo e qualquer tipo de mudança que lhes sejam propostas.

Percebe-se uma grande dificuldade em relação à referência e contra-referência, pois não existe uma rede de saúde interligada no município e também faltam profissionais e alguns serviços especializados no município, um exemplo seriam as especialidades na área de odontologia.

A maioria dos profissionais acha que deveria haver mais espaços de diálogo tanto com a gestão, quanto dentro das próprias Unidades. E apesar de todos relatarem que não há sequer

reuniões de equipe, eles sinalizam a importância do trabalho em equipe que aparece como uma questão, ou seja, uma situação que pode causar discordância entre os profissionais, mas que talvez possa se transformar num dispositivo de mudança para a construção de serviços de saúde mais acolhedores e resolutivos no município.

Nas reivindicações temos, em pelo menos três falas, o interesse dos profissionais de que se estabeleça uma aproximação com as Instituições de ensino superior locais para realização de parcerias com o serviço e construção de uma agenda de educação continuada e permanente.

Considerações finais

Este trabalho buscou responder a um conjunto de questionamentos que não se limitam ao caso do município de Nova Friburgo, mas que estão presentes em todos os espaços do SUS e ganham vida no dia-a-dia de usuários, trabalhadores e gestores. Não ambicionou, também, tornar-se uma afirmação generalizante, mas buscou apontar lacunas e indicar perspectivas para orientar trabalhadores e gestão na construção de uma rede de saúde mais eficiente no município.

A opção pelo recorte metodológico adotado ganhou corpo com o preparo para a entrada no campo, construção das entrevistas, escolha das Unidades e seleção dos profissionais entrevistados.

O Círculo Hermenêutico Dialético facilitou a interpretação e análise dos dados, pois a cada entrevista era necessário realizar uma síntese para acrescentarmos alguns elementos para as próximas entrevistas. Desta forma ao final da última entrevista o material já estava praticamente todo sintetizado o que facilitou a análise dos dados.

Um dos desafios que enfrentamos durante a construção desse trabalho foram as mudanças na gestão. Isso gerou mudanças nos cenários, que afetaram um pouco o andamento do projeto.

Chamou-nos a atenção a denominação das Unidades de Atenção Básica no município que são divididas em Unidades Básicas de Saúde sem Estratégia de Saúde da Família e com Estratégia de Saúde da Família. Essa hibridez revela que talvez o município ainda não tenha um posicionamento sobre quais os atributos da Atenção Básica como preconizado pelo Ministério da Saúde devam nortear o funcionamento dessas Unidades.

Identificamos também que a despeito das “vocações” dos profissionais, existe uma grande distância entre o cuidado que eles procuram ofertar e o cuidado preconizado na literatura.

O que não desvaloriza o esforço desses profissionais em produzir o cuidado para seus usuários, mas talvez seja necessário compreender o cuidado em saúde a partir de suas diferentes dimensões: no acolhimento, na formação de vínculo, na responsabilização, no trabalho em equipe, para assim poder considerar seu potencial transformador e tornar-se parte de seus processos de trabalho, contribuindo assim para melhoria da qualidade de vida e de saúde dos usuários da rede.

Verificamos como autênticos nossos pressupostos: que a produção do cuidado está intimamente ligada ao processo de trabalho e que a equipe de saúde pode não estar produzindo o cuidado com a formalidade que os teóricos o conceituam, mas independentemente disso os trabalhadores da saúde desenvolvem atividades não institucionalizadas com os usuários no cotidiano.

Os organizadores avançados de Guba e Lincoln¹⁵: preocupações, reivindicações e questões, fizeram vir à tona alguns sinais importantes para gestão acerca dos processos de trabalho desses profissionais: que é preciso considerar a possibilidade de uma reestruturação dos processos de trabalho nas Unidades de Saúde do Município, visto que encontramos fragilidades em todos os elementos que deveriam compor esses processos como acolhimento, vínculo, responsabilização, trabalho em equipe e o próprio cuidado. E que talvez a discussão sobre trabalho em equipe possa ser o ponto de partida para essa reestruturação, já que foi apontada como uma questão importante para a maioria dos entrevistados.

Tais elementos, portanto, constituem-se desafios a serem superados pela gestão e pelos próprios profissionais da rede, e esse processo não se dá com a aplicação de manuais do Ministério da Saúde, nem por imposição da gestão, mas somente com a participação ativa dos profissionais. Nesse caso, se for realmente concretizado, pode provocar a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários no município de Nova Friburgo.

Referências

1. OLIVEIRA, M.M. Metodologia Interativa: um desafio multicultural à produção do conhecimento V Colóquio Internacional Paulo Freire – Recife, 19 a 22-setembro 2005.
2. DESLANDES, S.F. O Projeto de Pesquisa como Exercício Científico e Artesanato Intelectual. In: Minayo & Deslandes: Pesquisa Social – Teoria, Método, Criatividade. Petrópolis, Editora Vozes, 2008.
3. MAYRING, P. Introdução à pesquisa social qualitativa: uma introdução para pensar qualitativamente. 5ª ed. Weinheim: Beltz, 2002.
4. PAIM, J.S. Políticas de descentralização e atenção primária a saúde. In: Rouquayrol & Almeida. Epidemiologia & Saúde. 5ª Edição. MEDSI, Rio de Janeiro, 489 – 503, 1999.
5. MATUMOTO, S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Ribeirão Preto, 1998. Dissertação (Mestrado) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
6. MATTIONI, FC; BUDÓ, MLD; SCHIMITH, MD. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. Texto contexto-enferm. vol.20 nº.2 Florianópolis abr./jun. 2011.
7. SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.
8. ASSIS, M.M.A.A et al. Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários / Marluce Maria Araújo Assis, Maria Ângela Alves do Nascimento, Túlio Batista Franco, Maria Salete Bessa Jorge, organizadores. - Salvador: EDUFBA, 2010. 182 p.

9. PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas (SP): Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.
10. SILVA JÚNIOR, AG; ALVES CA. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. Modelos de atenção e a saúde da família / Organizado por Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D.Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
11. STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco /Ministério da Saúde, 2002.
12. PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; SILVA JUNIOR, A . G. A Integralidade na Atenção à Saúde da População. In: MARINS, J. J. N; REGO, S.; ARAÚJO, J. G. C. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: ABEM, 2004.
13. AYRES, J. R. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Rev.Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004.
14. CAMPOS, G.W.S. A Clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G.W.S.(org.) Saúde Paideia. São Paulo. Hucitec, 2003.
15. GUBA, E. G. & LINCOLN, Y. S. Fourth generation evaluation. London: Sage Publications, 1989.