



ORIGINAL ARTICLE

APPROACH TO WORK PROCESS CONCERNING FAMILY HEALTH PROJECT AT A HEALTH CENTER FROM CAMPINAS CITY, BRAZIL

APROXIMAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NO PROJETO DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CENTRO DE SAÚDE DE CAMPINAS, BRASIL

APROXIMACIÓN DEL PROCESO DE TRABAJO EN EL PROYECTO DE SALUD DE LA FAMILIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CAMPINAS, BRASIL

Aparecida Silvia Mellin¹, Adriana Gomes Pinto²

ABSTRACT

Qualitative study with the main objective of learning the work process of health professionals, analyzing their way of conceiving municipal health politics, and the daily actions of the “Paidéia” Family Health Municipal Project. Achieved using interviews applied to a coordinator of a Health Center in the city from Campinas and several of the health family team professionals. Results could be observed that, despite not having thought uniformity concerning the assistance model, all of them noticed the qualities of the project, concerning the lines of directions of “Paidéia”. Nevertheless, they elaborated critics related to the daily experience on service, especially on human resources insufficiency. It was concluded that the project adoption in 2001, did not allowed the complete adhesion of the professionals and the structure resources adequacy and work process, which could be characteristic of the transition and the recently proposed practices coexistence with those previously applied. **Descriptors:** family health; health professionals; work process; unique health system.

RESUMO

Estudo qualitativo com objetivo de apreender o processo de trabalho de profissionais de saúde analisando suas formas de conceber políticas de saúde municipais, bem como as ações cotidianas no Projeto “Paidéia” de Saúde da Família. Realizado com uso de entrevistas com o coordenador de um Centro de Saúde de Campinas e vários profissionais da equipe de saúde da família. Pode-se observar que, apesar de não haver uniformidade de pensamento sobre o modelo assistencial, todos consideram as qualidades do projeto, no que diz respeito ao cumprimento das diretrizes do “Paidéia”. Apesar disto, elaboram críticas relacionadas às vivências cotidianas no serviço, em especial à insuficiência de recursos humanos. Concluiu-se que adoção do projeto, em 2001, não permitiu a completa adesão dos profissionais e a adequação dos recursos de estrutura e processo de trabalho, o que pode ser característico de momentos de transição e da coexistência de práticas recém propostas com anteriores. **Descritores:** saúde da família; profissionais de saúde; processo de trabalho; sistema único de saúde.

RESUMEN

Estudio cualitativo con el objetivo de aprender el proceso de trabajo de profesionales de la salud analizando sus formas de concebir políticas municipales de la salud, bien como las acciones cotidianas en el Proyecto “Paidéia” de Salud de la Familia, realizado en 2003 haciendo uso de entrevistas con el coordinador de un Centro de Salud de Campinas, y varios profesionales del equipo de la salud de la familia. Se puede observar que, a pesar de no haber uniformidad de pensamiento sobre el modelo asistencial, todos consideran la calidad del proyecto en lo que dice respecto a las directrices del Paidéia. A pesar de esto, elaboran críticas relacionadas al diario vivir en el trabajo, en especial a la insuficiencia de recursos humanos. Se concluye que la adopción del proyecto en 2001, no permitió una adhesión completa de los profesionales, la adecuación de los recursos de la estructura y el proceso de trabajo, lo que puede ser característico de momentos de transición y de la coexistencia de prácticas recién propuestas, con las anteriores. **Descriptor:** salud de la familia; profesionales de la salud; proceso de trabajo; sistema único de salud.

¹Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Enfermeira de Saúde Pública. Professora Titular da Faculdade de Enfermagem da PUC-Campinas (SP), Brasil. E-mail: asmellin@uol.com.br; Enfermeira. Graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Discente especial do Mestrado em Enfermagem pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Enfermeira do Hospital Evangélico Samaritano de Campinas (SP), Brasil. E-mail: asmellin@uol.com.br

INTRODUÇÃO

O curso histórico das políticas de saúde no Brasil nos mostra que o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988 para posterior regulamentação pelas Leis federais 8080 e 8142 – ambas de 1990 – possibilitou que os poderes municipais adquirissem, com a descentralização administrativa, maior responsabilidade e autonomia. O que permite, em princípio, formular políticas locais mais próximas das necessidades da população e dos usuários, além do controle social^{1,2,3}.

A despeito de tais diretrizes, até a atualidade, este sistema tem sido marcado por modelos assistenciais predominantemente centrados na instituição hospitalar, nas de nível secundário e no profissional médico. Com base, no mais das vezes, em práticas curativas e individuais com uso irracional dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis, baixa resolubilidade e alto custo.

Este conceito é corroborado por Cecílio⁴ para quem a suposta porta de entrada dos serviços de saúde concebida a partir de um modelo teórico-ideal não tem sido a rede básica (Centros de Saúde – CS ou Unidades Básicas de Saúde – UBS) e sim, serviços de urgência, emergência e ambulatorios. Aos pronto-socorros recorrem casos de simples resolução, à semelhança das clínicas especializadas para as quais há dificuldade de acesso da clientela.

Como uma das alternativas para melhoria do sistema e aperfeiçoamento do SUS o Ministério da Saúde, em 1991, implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS – que, em 1994, foi estruturado como Programa Saúde da Família – PSF, com objetivo de reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases para substituir o modelo denominado tradicional.^{5,6} Entre suas metas está o compromisso de prestar assistência qualificada, universal, integral, igualitária, contínua e, sobretudo, com alta resolubilidade, levando em conta a realidade local, por meio do diagnóstico situacional das diversas áreas de abrangência. Em documento do Ministério, de outubro de 1998, o PSF é considerado como proposta de reorganização das práticas em substituição a um modelo tradicional, voltado à cura e ao hospital.^{7,8,9}

Sob o nome Paidéia, foi adotado em 2001 pela Secretaria da Saúde do município de Campinas – São Paulo (SP), com gestão plena dos recursos do SUS, um modelo de PSF nas inúmeras UBS e módulos de saúde da família. A prestação da assistência nestes locais

organizou-se pela composição de equipes formadas por vários profissionais para atuar nas atividades dos Centros de Saúde, sendo cada uma delas responsável por um número de famílias adstritas. Isto é, cada uma atenderia integralmente uma parte da área (já regionalizada) do serviço, tanto intra como extra-muros. Tais equipes, de acordo com o número de profissionais e base populacional, foram distinguidas entre “mínimas” e “ampliadas”. As segundas com médicos de família, ginecologistas e pediatras; enfermeiros e equipe de enfermagem de nível médio; dentistas, técnicos e auxiliares de consultório dentário além dos agentes de saúde. Sua atuação baseava-se na clínica ampliada adaptada à realidade local de inúmeros serviços e populações a eles vinculadas⁶.

De acordo com Caldas e Eller¹⁰ houve, no município, correções e complementações ao PSF de forma a adequá-lo à cidade de grande porte. Os autores observam que entre a alternativa de iniciar o projeto por um piloto, ou experiência padrão, a gestão municipal da saúde optou pela sua adoção no município como um todo, entendendo que sua administração seria concomitante com o a do modelo anterior. A estratégia adotada foi a mobilização dos profissionais e a adequação das coordenações de serviços e regiões.

Esta opção considerava a importância dos recursos humanos no trabalho em saúde, seu caráter processual e o cotidiano. Esperava-se, como é de se supor, a vivência de modelo baseada na troca, interdisciplinaridade e em critérios sociais e epidemiológicos, além de contar com o processo de mudança de padrões vigentes por meio de medidas de educação permanente.

Com a mudança da gestão municipal, no ano de 2005, embora sem divulgação externa, pôde-se sentir que a Secretaria da Saúde não se refere ao nome “Paidéia”, embora ressalte considerar a UBS principal porta de entrada do sistema de saúde, e a adoção do Programa Saúde da Família como eixo da atenção básica em áreas de maior vulnerabilidade com definição de metas para atender a população adstrita. Pode-se supor que houve opção pela mudança da marca, ou mesmo de alguns propósitos do projeto inicial.¹¹

Mudanças à parte, há que se considerar aspectos irreversíveis da história de Campinas na construção da Reforma Sanitária, na experimentação de novas políticas com exigências – cada vez maiores – de resolução de problemas de muita gravidade. Neste processo, se deu a descentralização das ações e da gestão dos serviços de saúde do

Mellin AS, Pinto AG.

município por meio da criação das coordenações regionais em que as equipes não são homogêneas, nem os territórios de atuação, situação que coloca possibilidade de reflexão acerca de alternativas para situações diagnosticadas neste nível.^{12,13,14}

Entretanto, organizar a produção de serviços a partir das necessidades locais exige a estruturação e capacitação de profissionais com distintos perfis e diferentes formações acadêmicas. Faz-se necessária também a efetivação de um processo de gestão local autônomo que responda às necessidades sociais em saúde e à política municipal do SUS, objetivando tanto a melhoria da realidade de saúde, como ser campo favorável à formação de profissionais. Como problema posto vê-se que, com frequência, que esta formação acadêmica deixa a desejar, ou não responde ao que se espera na área da saúde coletiva, como exemplo. Isto se dá por diversos motivos, dentre os quais a ênfase à especialização e ao caráter técnico das ações.¹⁵

Tendo por base estas premissas, realizamos a presente investigação acerca das percepções sobre o processo de trabalho de profissionais de saúde, com base em seus modos de pensar e conceber as práticas no “Paidéia”. Investigação feita com um grupo de trabalhadores, com formações diversas, no exercício de atividade em uma equipe ampliada de Saúde da Família de Centro de Saúde municipal. Buscamos conhecer e analisar suas trajetórias focalizando a inserção no serviço e na rede pública, além de nos aproximarmos do seu entendimento sobre os pressupostos teóricos do programa. Também, identificar as atividades realizadas cotidianamente e identificar as percepções acerca de qualidades e deficiências.

MÉTODO

Estudo transversal, de natureza descritiva, com coleta de dados primários por meio de entrevistas dirigidas por roteiro, e realizadas com profissionais de saúde vinculados à Secretaria Municipal de Saúde com atuação em um Centro de Saúde pertencente a uma das Coordenadorias Distritais de Saúde da cidade. A coleta dos dados deu-se em 2003 e a divulgação parece-nos oportuna por retratar um momento importante para a saúde pública municipal.

O serviço em questão mantém parceria com a PUC – Campinas por meio da integração docente assistencial dos vários cursos da área da saúde que atuam na área de abrangência desde o fim da década de 1970. Daí até

Approach to work process concerning family health...

meados de 1990, a Universidade mantinha um Centro de Saúde funcionando em prédio alugado e adaptado, em um dos bairros desta região, ocasião em que o incorporou ao CS municipal. Este último fruto da união de dois outros CS próximos que funcionavam em casas alugadas. A junção deu-se quando foi construído um prédio próprio com vistas a atender a população adstrita, cerca de 27.000 habitantes por ocasião da coleta dos dados. Na unidade havia equipe de saúde mental, três equipes ampliadas de saúde da família e um coordenador. A integração docente assistencial dá-se pela presença de um professor coordenador das atividades acadêmicas, além de outros docentes e alunos. A Universidade mantém alugado o prédio em que funcionava o antigo serviço próprio que serve como espaço complementar.¹² A despeito desta integração, observou-se, em estudos anteriores, que os aspectos assistenciais são determinados pelas diretrizes municipais, o que o torna, neste aspecto, semelhante aos outros serviços da rede básica de atenção à saúde.^{15,16}

Os sujeitos da investigação compunham uma das três equipes, além do coordenador administrativo da Unidade-responsável pela gestão. A seleção da equipe deu-se com uso de técnica de sorteio, que garantiu sua aleatoriedade¹⁷. Já os profissionais foram escolhidos com uso de amostragem de conveniência a partir da lista de componentes da equipe sorteada, por haver vários representantes dos vários segmentos em cada uma delas. Após estes procedimentos, foi entrevistado um trabalhador de cada categoria, ou seja, médico, enfermeiro, auxiliar de consultório dentário e de enfermagem, dentista e agente de saúde. Como a equipe de saúde mental é considerada de apoio não foi incluída. As entrevistas foram realizadas no serviço e gravadas com a permissão dos entrevistados.

De acordo com Minayo^{18,19}, o roteiro serve como instrumento para orientar esta conversa com finalidade e sua elaboração pressupõe conhecimento do *marco teórico* e do *objeto*. Também com uso de técnica de entrevista, Gonçalves²⁰, para atender à perspectiva de uma melhor compreensão dos modos de produção de serviços nos Centros de Saúde, trabalhou usando entrevistas e recursos de análise da Teoria das Representações Sociais usando as representações dos trabalhadores, como as características do processo de trabalho.

Pelas próprias características do objeto deste estudo, pareceu-nos mais adequada a abordagem qualitativa, assim denominada por

Mellin AS, Pinto AG.

Approach to work process concerning family health project...

alguns autores como Minayo^{18,19} utilizando recursos da fenomenologia interpretativa, que busca desenvolver entendimento dos seres humanos em seus compromissos e práticas como forma de compreender seu caráter multifacetado, inserção histórica e o significado de suas ações, respeitando a “voz” como descrita no texto produzido pelo que falam.

Como forma de justificar a importância deste tipo de abordagem, Merhy²¹ considera que os sujeitos sociais, como sujeitos políticos, podem ser caracterizados por seus projetos articulando seus próprios interesses e expondo suas vontades em atos. Este agir acontece no cotidiano do CS em que os trabalhadores relacionam-se uns com os outros e com os usuários em um modelo assistencial proposto pelas políticas municipais, por eles reinterpretado a depender da forma como são estabelecidas tais relações. Nas ocasiões diárias a cena os revela como protagonistas ou não.²²

Após a realização das entrevistas houve escuta acurada das fitas, transcrição e busca de categorias de análise criadas em cada eixo temático a partir das falas dos sujeitos. A constituição de uma categoria deu-se a partir da repetição de uma mesma idéia ou eixo temático em cada fala, considerando os pressupostos das denominadas análises temáticas que se preocupam com o sentido do discurso a partir do lugar social ocupado pelo sujeito.¹⁹

Foram analisados aspectos relativos às trajetórias profissionais, como forma de captar as formas de ingresso na área da saúde coletiva, o que, por princípio, garantiria maior interesse pelo campo e objeto da atuação. A concepção relativa às finalidades do projeto Paidéia – forma de captar o real entendimento de seus objetivos. Também opinião acerca de suas qualidades e deficiências.

O cotidiano foi investigado para que pudesse ser analisado o caráter individual e coletivo do processo de trabalho. Dentre os sujeitos havia predominância de pessoas do gênero feminino, mas como forma de não distingui-las, nem tampouco, particularizá-las, inclusive porque a questão de gênero não se aplica ao estudo, optamos pelo tratamento masculino, usual na língua portuguesa. O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, reconhecido pelo Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos (CONEP), e aprovado sob número de protocolo 195/03.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

• Aproximação das trajetórias dos profissionais.

O ingresso no CS foi determinado, entre os de nível universitário, predominantemente, pela necessidade de **emprego estável e início de carreira**. Também pesaram na escolha a oportunidade de não trabalhar nos finais de semana, o que figurou isolada ou conjugadamente. Nenhum sujeito optou pela atuação na área da Saúde Coletiva por afinidade e, os que aí permaneceram, encontraram um bom campo de trabalho. Já os de nível médio citam unicamente a **oportunidade de emprego**.

Neste mesmo Centro de Saúde, Mellin¹⁵ e Florêncio¹⁶ encontraram resultados semelhantes, ou seja, em momentos diversos, os profissionais de nível superior tiveram ingresso, majoritariamente, determinado pelas oportunidades decorrentes da atuação em serviços públicos, o que pode denotar certo descompasso entre o que seria um campo de atividade almejado durante a formação obtida na universidade e as oportunidades de atuação profissional. Neste caso, o salário e a estabilidade no emprego foram atrativos para muitos profissionais, mesmo médicos e dentistas que teriam maior possibilidade de exercício liberal.

Trabalhar no setor público surgiu da colocação de dentista e médico. Como exemplo:

[...]Eu ingressei em 1989 através de Concurso Público e eu estava querendo alguma atividade, exatamente na minha área, em setor público. Eu já desenvolvia em outra cidade e resolvi me mudar. Então eu entrei por interesse pelo serviço público na minha área e também pelo concurso que eu tive oportunidade de prestar. (Dentista)

Trabalhar no setor público e folgas aos fins de semana: interesse presente tanto nos profissionais de nível médio como nos de nível superior decorrência da estabilidade. Já a opção por não trabalhar aos fins de semana se dá em contraposição à rotina dos hospitais de trabalho contínuo, embora, em Campinas, haja Unidades Básicas com funcionamento aos sábados.

[...]Sempre tive vontade de trabalhar na área da saúde pública. Pela facilidade de trabalhar só de segunda a sexta e não trabalhar de final de semana. (Auxiliar de enfermagem)

Oportunidade de Emprego, caso de Agente Comunitário de Saúde que nunca teve experiência anterior na área:

Mellin AS, Pinto AG.

[...]Bom, foi meu ingresso no Centro de Saúde foi por meio por acaso, nunca trabalhei na área da saúde. Mas, eu estava desempregado surgiu a proposta de estar trabalhando no Centro de Saúde. Eu preenchi os requisitos e fiz o processo seletivo, fiquei em boa colocação, fui chamado e comecei a trabalhar. (ACD).

A inserção de agentes no município é anterior à implantação do “Paidéia”, na ocasião eram elementos vinculados ao Ministério da Saúde com função específica de exercer ações de controle da dengue. Posteriormente, este contrato foi extinto. Alguns destes profissionais prestaram concurso para agentes comunitários, outros foram recém integrados à atividade após seleção.

Início de Carreira: categoria em que se encontram um médico e o coordenador, também médico, que, além de necessitarem da estabilidade, consideraram o início de carreira, ou seja, com tal atuação obteriam experiência. A opção pelo serviço público deu-se sem descartar a atividade liberal.

[...]É difícil o profissional que já tenha um local, um atendimento particular para atender, então foi para justamente por em prática tudo o que eu aprendi na residência como especialista. Eu tive essa oportunidade de prestar o concurso da prefeitura e passar para começar a atuar na minha área. (Médico)

• Finalidades do Projeto “Paidéia” de Saúde da Família

Com relação a esta temática, no geral, os profissionais citam, não conjuntamente, as diretrizes: acolhimento, vinculação aos clientes, regionalização, responsabilização pelas pessoas de modo integral, ações preventivas, conhecimento da área de abrangência e dos problemas familiares, humanização, resolubilidade e acesso. Os conceitos **acolhimento e vínculo** têm estreita ligação, pode-se dizer, e seu cumprimento depende da postura dos trabalhadores em sua prática cotidiana, ou seja, nas relações estabelecidas com a clientela, exercitam suas potencialidade caracterizando o trabalho vivo em saúde.^{23,24}

Tais diretrizes também estão contidas nos pressupostos doutrinários do SUS, bem como a concepção da saúde como direito social universal a ser garantido pelo Estado. O PSF valoriza os princípios de territorialização, vinculação da população, garantia de integralidade na atenção, trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade⁷.

Approach to work process concerning family health...

As proposições do “Paidéia”⁶ incorporam estas idéias. Durante sua implantação também eram perspectivas, além delas, o trabalho multidisciplinar e a retomada das práticas de saúde coletiva, principalmente pela equipe de enfermagem e de agentes de saúde. Adotam a concepção de desenvolvimento integral do ser humano, considerando tanto as necessidades da coletividade quanto as individuais, pela reformulação da abordagem clínica. Esta “clínica ampliada” tomaria como base não a doença e sim como o processo de adoecimento com intervenções na promoção da saúde, prevenção, cura e reabilitação.

O acolhimento e a responsabilização exigiriam mudança de funcionamento de todo o sistema de saúde. Acolher tem o sentido de receber bem, ouvir os usuários de maneira empática e solidária e, no sentido prático, diminuir a demanda reprimida pelas recepções dos serviços. Com ele poder-se-ia identificar as necessidades de saúde do usuário, encaminhar para outro profissional ou outros serviços fora da unidade. Com relação a tais finalidades do projeto, as categorias obtidas foram:

Regionalização, acolhimento, prevenção, promoção à saúde e vínculo presentes na fala do dentista que destaca a prevenção em dicotomia com a cura, visão presente em profissionais da área em outros estudos^{15,16} nos quais os dentistas também se expressaram de modo semelhante. Vejamos:

[...]Manter o vínculo com o paciente, acolher esse paciente que é você estar escutando toda história dele. Regionalizar as ações de promoção de saúde. Então, atuar especificamente numa área, numa região. Aquela região em que você teria responsabilidade em relação a ela e atuar principalmente na prevenção[...]. (Dentista).

O auxiliar de enfermagem discorre sobre o **conhecimento do território, dos problemas familiares e da atuação dos agentes**. Já o Agente aponta a **humanização, acolhimento e resolubilidade**:

[...]Bom, do meu ponto de vista a finalidade é um atendimento humanizado, mais humanizado. Um atendimento de todo paciente, por toda equipe, não por um só profissional. Por agente, auxiliar de enfermagem, pelo médico, dentista e todo o Centro de Saúde. E esse paciente, a finalidade é ele vir até nós e ter um retorno, ser acolhido, ser atendido e ter um retorno para a necessidade dele na medida do possível[...]. (A C S).

À expressão do agente, o médico e o enfermeiro incorporam o termo **multidisciplinaridade**, sendo que o primeiro

Mellin AS, Pinto AG.

comenta que uma das finalidades é **alterar o modelo médico centrado**, e o coordenador ressalta o **acesso e humanização do atendimento**.

[...]Então o projeto P. é basicamente isso: é não centralizar a ação, não centralizar a terapia do paciente na figura do médico e sim de uma equipe multidisciplinar, valorizar o contato pessoal com o paciente, valorizar sua queixa quando ele chega ao Centro de Saúde, seja de quem for, seja de qual profissional estiver aqui. Para que ele tenha um acolhimento e uma possível orientação sobre o seu caso[...] (Médico).

[...]Você tem até a possibilidade de resgatar as coisas do seu núcleo, eu acho que isso de você poder, ter que trabalhar num campo que é de várias pessoas ele possibilita o resgate do seu núcleo[...] (Enfermeiro).

Importante notar que embora não haja citação de todas as finalidades do projeto pelo conjunto dos profissionais as falas se complementam, o que denota haver espaço de discussão e de compartilhamento das diretrizes, ou seja, em maior ou menor escala, a depender das trajetórias e outras questões tais como compromisso e interesse, observa-se a compreensão da proposta em seu sentido mais amplo. O enfermeiro cita a possibilidade de trabalhar tanto no campo da saúde coletiva, como no núcleo da enfermagem. Cabe exceção ao ACD que fala apenas da **regionalização** de forma insegura e destituída de aprofundamento.

O encontro multidisciplinar, aqui citado, pode proporcionar melhoria da assistência pela contribuição de cada um, isto ocorre com base na identificação do núcleo de atuação-prática específico a cada formação, de competências e responsabilidades de todos os participantes da equipe de trabalho, tornando o processo coletivo, com respeito às peculiaridades do exercício individual.²⁵

• Qualidades do Projeto

As qualidades apontadas são relativas ao cumprimento das diretrizes do Paidéia, e, pode-se dizer que elas representem maior discussão do ideário do SUS. É de se supor que tais atributos existiram no CS antes mesmo da adoção do projeto. Por exemplo, com a parceria da PUC-Campinas, que data mais de 15 anos, a multidisciplinaridade é fato. A vivência no local, os inúmeros trabalhos acadêmicos ali realizados revelam que muitas das práticas propostas existiram neste percurso.¹⁵

A despeito disto, no momento da entrevista, os profissionais preocupavam-se em descrevê-las como novas, talvez por desconhecer as diretrizes doutrinárias do SUS,

Approach to work process concerning family health project...

ou pela oportunidade de discussão durante o início do Paidéia, o que, de certa forma, se lido a contrapelo, denota que estes atributos seriam inexistentes, o que desqualifica suas ações anteriores. Dentre eles figuram a **humanização, visão do paciente como um todo, acessibilidade e prevenção**.

O coordenador se reporta à **humanização** e reitera o dito anteriormente sobre a melhora do atendimento à demanda; o enfermeiro ao projeto coletivo, e o auxiliar de enfermagem ao vínculo. Para o médico, melhorou a atenção ao usuário por causa da regionalização da área em equipes de saúde da família.

[...]O projeto trouxe a equipe mais próxima da população, tornou o acesso mais fácil. Melhorando a qualidade desse atendimento na questão de humanização, de entendimento das necessidades da população, não só na questão saúde-doença, mas, da questão da prevenção. (Coordenador).

Inicialmente, houve falta de compreensão da questão pelo Agente Comunitário de Saúde que respondeu qual era o trabalho pelo qual teria maior afinidade. Porém, quando esclarecido, discorreu sobre a integração dos vários “cargos”, ou seja, atendimento da população por uma equipe multiprofissional integrada.

[...]Bom, a integração entre os vários cargos, entre as várias funções, também é uma boa coisa. Pelo menos na minha equipe isso é bom. (Agente Comunitário de Saúde).

Deficiências

• Recursos Humanos

A maioria dos profissionais citou como deficiência a falta de recursos humanos, embora possamos dizer que o Centro de Saúde contasse, diante dos outros da rede, com maior número de trabalhadores, pois, havia recursos da Universidade. Aos médicos, enfermeiros, dentistas e coordenador, agregavam-se atividades desenvolvidas por alunos e docentes de ciências farmacêuticas, nutrição, terapia ocupacional, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia e coordenação pedagógica. De forma reiterada, observamos também neste estudo, que os profissionais não se reportaram à atuação dos diversos cursos bem como à sua contribuição para o serviço, embora nossa observação permita relatar ações conjuntas de integração docente assistencial.^{15,16}

Com o advento do “Paidéia”, no entanto, ocorreu aumento dos casos para acolhimento, pois, a recepção passou a encaminhar a maior parte dos usuários não agendados para esta atividade. Além disto, os agentes de saúde,

Mellin AS, Pinto AG.

em suas visitas, detectavam casos de doentes acamados e outros existentes nos domicílios. A despeito disto, não houve a ampliação do quadro de profissionais. Cabe notar que esta queixa esteve presente nos estudos realizados no mesmo CS em 1998 e 2002, respectivamente.^{15,16}

[...]Então, para isso acontecer bem, isso tudo que eu falei reportando-se às qualidades você precisa basicamente de material humano e, é o que falta. Esse é na verdade o grande nó do P. Também considera que o problema existia anteriormente. Mas assim não do P., mas da Saúde Pública de um modo geral.... (Médico)

[...]As deficiências do projeto como um todo no serviço público eu acho que o principal... a principal deficiência seria a falta de recursos humanos. (Coordenador).

O dentista, além da questão da falta de recursos humanos, relatou também a **falta de ações preventivas** relacionada ao pouco tempo diário e à demanda.

Todos estes apontamentos, embora a equipe provavelmente não tenha a mesma composição, estão presentes no estudo de Mellin¹⁵ em que figuram as referências dos dentistas a pouca possibilidade de atuar em prevenção, e em que os profissionais da área não se reportam ao funcionamento do serviço como um todo, por trabalharem, em muitas ocasiões, de forma isolada em seu setor. Na odontologia, como em outras, as ações preventivas devem ter muito destaque, mas devemos observar que o número de dentistas na rede pública de Campinas sempre foi menor do que preconizado para atender às necessidades de saúde da população na área da saúde bucal, o que gera, mesmo depois da implantação do Paidéia, grandes listas de espera.

O auxiliar de enfermagem reporta-se ao aumento da demanda que, como comentado, pode representar sobremaneira a não repressão pela recepção, o que não significa que do acolhimento os usuários pudessem também ser dispensados com alguma informação, ou encaminhamento. O ACD faz um comentário relativo à estrutura populacional da área de abrangência.

[...]A procura é grande, aumentou muito a procura do serviço público aqui do Centro de Saúde. A demanda aumentou, porque tem o P. em que a gente tem que acolher todo mundo e no fim sempre a gente tem que dispensar alguém[...]. (Auxiliar de Enfermagem).

Dados corroborados pela pesquisa de Pedrosa²⁶ em que os médicos e enfermeiros com atuação em PSF também se referiram como fatores negativos ao aumento da demanda, aqui

Approach to work process concerning family health...

interpretada como melhor acesso, por atendimento a novas famílias e usuários.

• Atividades cotidianas na equipe multiprofissional

O cotidiano pode revelar práticas, para tanto, entendemos o trabalhador como um dos componentes do planejamento e da avaliação em Saúde Coletiva. Shraiber, Peduzzi, Sala et al.²⁷ e Pierantoni²⁸ consideram que o processo de trabalho em saúde está implicado diretamente na gestão e no planejamento, ou seja, o modo cotidiano de atuar dos diversos profissionais reflete a prestação direta de serviços: ação técnica, objeto de planificação que torna o trabalho, ou o trabalhador como produtor direto de cuidados.

Peduzzi²⁹ reportando-se aos estudos sobre o trabalho em saúde no Brasil e na América Latina, comenta que a maior parte deles tem por base a vertente marxista de análise. Por esta via, os elementos constituintes do processo de trabalho são: objeto, instrumentos e agentes. Este agente, trabalhador, tem sido estudado em suas relações com o objeto de intervenção – saúde – e também quando se relaciona com os instrumentos e outros agentes, configurando a divisão do trabalho sobre um mesmo objeto ou para ele. Assim, cada agente, ao executar suas atividades transforma objeto em produto, ou prestação de serviço.

A divisão técnica do trabalho, neste sentido, pode ao mesmo tempo fragmentá-lo ou funcionar de forma complementar, caso de vivências saudáveis de equipes de saúde, a despeito da hierarquia de um tipo de trabalhador sobre outro, ou mesmo da maior valoração social daquele com título universitário e ainda de uma das profissões de nível superior sobre a outra. As regras para o trabalho neste grupo são dadas institucionalmente, ou fruto do consenso entre as partes, o que envolve intersubjetividade. Diversos autores têm-se baseado em Habermas apud Peduzzi²⁹ que propõe o termo “agir-comunicativo” para a interlocução entre os agentes com objetivo comum no trabalho cotidiano, avaliados os espaços de autonomia técnica em cada área.

Com base nesta argumentação, convém refletir que as diretrizes do Projeto são bastante arrojadas, uma vez que visam intervenção nos determinantes e condicionantes dos níveis de saúde da comunidade, fatores de risco relacionados à alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, educação, trabalho renda, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais e, ao mesmo tempo, a assistência individual. Vão

Mellin AS, Pinto AG.

além quando exprimem necessidade na mudança de postura dos profissionais da saúde a partir de visão ampliada da clínica, isto é remete-se às diretrizes do SUS com vistas à sua concretização e ao trabalho coletivo.³⁰

A despeito das diretrizes preverem o trabalho coletivo, ao se reportarem ao cotidiano, todos os profissionais citam exclusivamente, além de suas ações individuais, as reuniões semanais da equipe a qual pertencem, o que torna coletivo o trabalho, pelo menos na instância da tomada de decisão. Ou seja, pode-se supor que continue a haver prevalência das práticas isoladas.

[...]As reuniões são uma vez por semana todas as quintas-feiras, a gente participa também e na reunião, que é muito importante, é discutido tudo. As agentes passam: tem um caso assim... A gente já discute na equipe e resolve ali o que é que vai fazer[...]. (Auxiliar de Enfermagem).

Houve como dito, majoritariamente, tendência a relatar as atividades cotidianas realizadas individualmente, ou seja, o é feito pelo trabalhador em seu dia-a-dia. Não figuram as ações compartilhadas, à exceção das reuniões em que, é certo, há decisão sobre tarefas compartilhadas. No caso do médico, embora com funções de generalista nesta equipe, o relato destaca a atuação em sua área de especialidade, exclusivamente, o que denota, a despeito do conhecimento das diretrizes do Projeto, descompasso entre o proposto e o realizado e mesmo falta de entendimento, por parte da coordenação, sobre quais seriam as atividades deste médico de família.

[...]Bom, eu atendo na minha especialidade. Descreve procedimentos clínicos e a atuação em um grupo educativo. Além das reuniões em que eu participo, as reuniões do grupo da equipe que a gente faz semanalmente e da reunião geral do Centro de Saúde. (Médico).

O enfermeiro descreve a atuação em atividades assistenciais, educativas e gerenciais, as últimas em auxílio ao coordenador, embora não se refira à supervisão da equipe de nível médio, ou seja, ao gerenciamento do cuidado, embora tenha, anteriormente, citado possibilidades de atuar no 'núcleo da enfermagem'.

Sendo o objeto de trabalho da enfermagem o, cuidado entendido como conjunto de ações de acompanhamento do usuário e grupos sociais na promoção de saúde, prevenção, intervenção em quadros de adoecimento e reabilitação, considerados os processos vitais específicos, agravos à saúde ou situações de

Approach to work process concerning family health project...

doença. O ato de cuidar é passível de planejamento e gerência por parte do enfermeiro a quem cabe delegar tarefas à equipe de enfermagem, considerada a divisão técnica do trabalho nesta área³¹.

O coordenador, que não vivenciou a implantação do projeto, coloca as práticas de planejamento e administração, inerentes à sua função, mas não o faz denotando compartilhamento com a equipe.

CONCLUSÃO

No geral os profissionais, com diferentes trajetórias e sem formação específica para atuar na área da Saúde Coletiva, se referiram às diretrizes do Projeto a partir da leitura e discussão de suas propostas realizadas de maneira mais ou menos aprofundada, ou seja, as compreensões expressas nas falas não são uniformes, embora se note, em maior ou menor grau, conhecimento do 'texto' proposto. As diferenças decorrem da formação, oportunidades de contato e, a nosso ver, do interesse pelo projeto coletivo. Estes dados levam-nos a concluir que uma das formas de diminuir o descompasso seria instaurar processo de educação permanente, acompanhado do uso da lógica do planejamento estratégico, principalmente em situações de mudanças de paradigma.^{32,33}

Foi possível observar nas falas alguns reflexos da permanência de modelo praticado anteriormente, modo de fazer já estabelecido, contraposto ao proposto pelo Paidéia. Um exemplo, no período da investigação, o Centro de Saúde mantinha o sistema de "marcação" de consultas por equipe em dias pré-determinados do mês, desrespeitando o princípio da livre demanda.

Ao avaliar as qualidades, os profissionais relatam que, a partir do início do projeto, ocorreu melhora no atendimento relacionada à humanização, ao estabelecimento de vínculo, à responsabilização pela população da área de abrangência, ao acesso e integração da equipe interdisciplinar e, finalmente, a prática do atendimento integral e multidisciplinar, citando, unicamente, a realização das reuniões semanais, como se pelas próprias diretrizes doutrinárias do SUS estas qualidades deveriam ser parte da atuação.

As reuniões foram definidas, por eles, como atividades conjuntas em um cotidiano repleto de ações individuais, de tal modo que as coletivas, à sua exceção, pudessem ser observadas nas entrelinhas das falas sem que, no entanto, fossem citadas nominalmente. Embora não houvesse estratégia definida para tais encontros, este espaço de discussão foi

Mellin AS, Pinto AG.

considerado de maneira positiva pelos profissionais, um passo para integração da equipe. As deficiências mais apontadas foram as referentes à insuficiência de recursos humanos para o modelo proposto, justificadas pelo aumento da demanda e criação de outras instâncias de atuação tais como atendimentos domiciliares.

Embora fosse de se esperar que o Centro de Saúde já atuasse de acordo com parte das diretrizes do projeto, pode-se dizer que isto, por motivos estruturais e conjunturais, não ocorria com a amplitude esperada após dois anos do início. É de se supor que a própria Secretaria da Saúde, na ocasião da implantação pudesse realizar tais ponderações. De acordo com Campos³⁴ as estruturas determinam as normas, os valores, ou seja, qualquer mudança deve vir acompanhada de alterações estruturais e transformações no comportamento das pessoas. Pode-se ainda considerar que o Projeto propôs estas mudanças a partir das reflexões teóricas sobre os modos de atuar sem, no entanto, proporcionar, pelo menos na visão dos trabalhadores aqui estudados, condições materiais para sua real concretização.

REFERÊNCIAS

1. Andrade LOM. SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec; 2001.
2. Queiroz M de S, Vianna AL. Padrão de política estatal em saúde e o sistema de assistência médica no Brasil atual. Rev. Saúde Pública [periódico na Internet]. 1992 Abr [citado 2008 Jan 28]; 26(2): 132-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101992000200011&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0034-89101992000200011
3. Guimarães L, Giovanella L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica. out. 2004; 16 (2) 4:283-288.
4. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saúde Pública. jul./set. 1997; 13 (3):69-478.
5. Pires DEP, Souza HM. Programa Saúde da Família. [Entrevista]. Rev Bras Enferm. 2000; 53:7-16.
6. Campinas. Projeto Paidéia de Saúde da Família. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde; 2003. [acesso em: 15 dez 2007]. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude>.
7. Ministério da Saúde (BR). Programa Saúde da Família – PSF Brasília. [acesso em: 16 mar 2003]. Disponível em: www.saude.gov.br/psf.htm.
8. Franco TA; Merhy EE. PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Assistencial. Campinas: Unicamp; 1999. (mimeo)
9. Souza MF. A enfermagem Reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. Rev Bras Enferm. 2000. 53: 25-33.
10. Caldas EL, Eller EP. Programa de Saúde da Família. [acesso em: 15 dez 2004]. Disponível em: [\[http://inovando.fgvsp.br/conteudo/documentos/20experiencias2003/SAOPAULO-Campinas.pdf\]](http://inovando.fgvsp.br/conteudo/documentos/20experiencias2003/SAOPAULO-Campinas.pdf).
11. Campinas. Reorganização da atenção básica na rede municipal. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde- Departamento de Saúde; 2005. [mimeo].
12. Garcia MAA. O ensino da saúde coletiva na PUC-CAMP: a construção da história e seu repensar. [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997.
13. L'Abbate S. O direito à saúde: da reivindicação à realização - projetos de política de saúde em Campinas. [tese] São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas-USP; 1990.
14. Smeke EL. Saúde e democracia: experiência de gestão popular: um estudo de caso. Campinas. [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1989.
15. Mellin AS. As representações sociais dos profissionais de saúde sobre as finalidades e práticas do Centro de Saúde Integração. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública-USP; 1998.
16. Florêncio HRM. Caracterização das Práticas das Unidades Básicas de Saúde Integração e Parque da Floresta. [monografia]. Campinas: Faculdade de Enfermagem- PUC- Campinas; 2002.
17. Vieira S. Introdução à bio estatística. 6 ed. Rio de Janeiro: Campus; 1998.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.
19. Minayo MCS. Técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS. Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 1994. p.9-30.
20. Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características do processo de trabalho na rede estadual de

Mellin AS, Pinto AG.

centros de saúde de São Paulo. [tese] São Paulo: Faculdade de Medicina-USP; 1986.

21. Merhy EE. A luta na saúde pela defesa da vida e algumas questões sobre o seu sujeito formulador: contribuições para o planejamento e a gestão dos serviços. Campinas: DMPS/FCM/UNICAMP; 1992.

22. Teixeira MGL, Paim JS. Os programas especiais e o novo modelo assistencial. Cad Saúde Pública. set. 1990; (6) 3: 264-77.

23. Schimith MD, Lima MAD. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública. nov-dez. 2004; 20 (6):1487-94.

24. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. [periódico na Internet]. 1999 Abr [citado 2008 Jan 31]; 15(2): 345-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X1999000200019

25. Matumoto S; Mishima S; Pinto IC. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. Cad. Saúde Pública. jan-fev. 2001; 17(1): 233-41.

26. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública. Jun. 2001; (35) 3: 303-311.

27. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. 1999 [citado 2008 Mar 03]; 4(2): 221-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200002&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S1413-81231999000200002

28. Pierantoni CR. Recursos Humanos e Gerência no SUS. In NEGRI B; VIANA AL d'A (org.). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime-Cealag. 2002; (27): 609-30.

29. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. [periódico na Internet]. 2001 Fev [citado 2008 Mar 03]; 35(1): 103-09. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0034-89102001000100016

30. Campos GWS. Equipe de Saúde: entre a especialização e a polivalência. In: Campos

Approach to work process concerning family health project...

GWS, Merhy EE, Onocko R. Agir em Saúde um desafio público. São Paulo: Hucitec; 1997.

31. Silva AM da, Peduzzi M. O trabalho de enfermagem em laboratórios de análises clínicas. Rev Latino-am Enfermagem. [periódico na Internet]. 2005 Fev [citado 2008 Mar 03]; 13(1): 65-71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100011&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0104-11692005000100011

32. Artmann E, Azevedo CSSA, Castilho M. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. Cad Saúde Pública. out-dez. 1997; (13) 4:723-40.

33. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis [periódico na Internet], Rio de Janeiro, 2004 (14) 1 [citado 15 Novembro 2004]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=pt&nrm=iso.

34. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança; revolução das coisas e reforma das pessoas; o caso da saúde. In: Cecílio L C O. (org.). Inventando a Mudança na Saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p.29-88

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2008/01/31

Last received: 2008/02/15

Accepted: 2008/02/18

Publishing: 2008/04/01

Address for correspondence

Aparecida Silvia Mellin

Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Faculdade de Enfermagem.

Avenida Jonh Boyd Dunlop, s/n

CEP: 13033-780 – Jardim Ipaussurama, Campinas (SP) – Brasil