

Chiapinotto, Luciane; Sedano Fait, Cláudia; Júnior, Manoel Mayer
O Modo de Fazer Saúde: reflexões sobre o cotidiano de uma unidade básica de saúde de
Porto Alegre - RS
Saúde e Sociedade, vol. 16, núm. 1, enero-abril, 2007, pp. 155-164
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263714014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

O Modo de Fazer Saúde: reflexões sobre o cotidiano de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre - RS

The Mode of Health Care: reflections on the daily practice of a primary health unit Porto Alegre - RS

Luciane Chiapinotto

Psicóloga, Residente em Saúde Coletiva, ênfase em Atenção Básica, no Centro de Saúde - Escola Murielso (CSEM) da Escola de Saúde Pública (ESP-RS).

E-mail: luciane_chiapinotto@yahoo.com.br

Cláudia Sedano Fait

Psicóloga, Mestre em Psicologia pela PUC-RS; Técnico em Saúde e Ecologia Humana - Centro de Saúde - Escola Murielso/Secretaria Estadual de Saúde/RS.

E-mail: sedano@cpovo.net

Manoel Mayer Júnior

Psicólogo, Mestre em Psicologia pela UFSC-SC; Sanitarista/Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS).

E-mail: mmayerjr@pop.com.br

Resumo

Neste artigo discute-se o modo de fazer saúde em uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre-RS a partir da compreensão do processo histórico da constituição de formas de assistência à saúde no Brasil. Durante a experiência de trabalho na Residência Integrada em Saúde, surgiram questionamentos acerca do trabalho no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e os conceitos de saúde e cuidado que estavam operando no cotidiano de atendimento do serviço. A observação participante foi a ferramenta utilizada para a reflexão do cotidiano de trabalho desta Unidade. Desta forma, emergiram três categorias: a relação público-privado, o discurso da equipe sobre a população e a demanda da Residência Integrada em Saúde: transformação do modo de trabalhar. Assim, procura-se dar visibilidade aos elementos que atravessam o trabalho nesta Unidade, considerando os paradigmas que sustentam as práticas e apontando para a importância da discussão e dos espaços de escuta na construção de novos modos de trabalhar com saúde.

Palavras-chave: Atenção primária; Relações de trabalho; Modelos assistenciais.

Abstract

This article discusses the mode of health care in a Primary Health Unit of Porto Alegre, in the state of Rio Grande do Sul, based on the understanding of the historical process of the constitution of types of health assistance in Brazil. During the experience in the Integrated Health Residency, some questions emerged regarding work in the context of Brazil's National Health System (SUS), and the concepts of health and care that were operating on the daily practice of this service. Participant observation was the tool used in this research for a reflection on the daily practice of the Unit. In this way, three categories emerged: the public/private relationship, the team's discourse about the population, and the demand of the Integrated Health Residency: changes in the manner of working. Thus, the article gives visibility to the elements pertaining to work in this Unit, pointing to the importance of the discussion and of the hearing spaces to the construction of new modes of working with health.

Keywords: Primary Care; Work relationships; Assistance Models.

Introdução

Este artigo é o resultado de uma pesquisa realizada durante a experiência de trabalho da primeira autora, como residente, em uma Unidade Básica de Saúde¹ (UBS). Essa experiência possibilitou diversos questionamentos acerca da atuação no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS representou um grande avanço na política de saúde brasileira, já que trouxe uma concepção de atenção à saúde pautada pelos princípios da universalidade do acesso, integralidade da assistência, eqüidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social (Brasil, 1990)². No entanto, na prática, podemos constatar inúmeras dificuldades no cumprimento dessa legislação. A partir disso, formulamos a hipótese de que os profissionais que estão atuando são formados segundo uma perspectiva que não compartilha dos preceitos nos quais se baseia o SUS. Dessa forma, convivem nas UBS diferentes entendimentos de como trabalhar em saúde. Com este trabalho, nos propomos a explorar quais concepções de saúde e cuidado operam nas práticas de trabalho da equipe da UBS e analisar, assim, os conceitos de saúde e cuidado atuantes no cotidiano do atendimento.

A pesquisa foi operacionalizada por meio da observação participante. Conforme Víctora (2000, p. 62), observar, na pesquisa qualitativa, significa “examinar” com todos os sentidos um evento, um grupo de pessoas, um indivíduo dentro de um contexto, com o objetivo de descrevê-lo. Assim, a partir de anotações em diário de campo foi possível descrever e refletir sobre os acontecimentos de cada dia de trabalho³.

A complexidade do tema estudado, “modo de fazer saúde”, exigiu uma abordagem que possibilitesse a conexão entre discursos e práticas, a fim de explorar o objeto pesquisado (Giddens, 2003).

A pesquisa situou-se no campo de investigação das ciências sociais, dessa forma, utilizou-se da historici-

1 O Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) – Atenção Básica em Saúde Coletiva – desenvolve-se nas sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), do Centro de Saúde - Escola Murialdo (CSEM) de Porto Alegre-RS. A UBS, onde se centra esse estudo, foi constituída por meio de convênio entre Secretaria Estadual da Saúde-RS e um hospital privado.

2 BRASIL. Congresso Nacional. *Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990*. Brasília-DF, 1990.

3 A interferência de trabalhar no mesmo ambiente da pesquisa pode ser analisada pela implicação dos autores com o objeto de estudo. Segundo Barembit (1996, p.153), a implicação é o processo que ocorre em quem analisa, como resultado do seu contato com o analisado, semelhante ao conceito psicanalítico de contratransferência, porém, não apenas psíquico, mas de uma materialidade múltipla e variada, de influência recíproca, simultânea, que faz parte do processo de análise da organização.

zação da emergência dos diferentes sentidos do conceito de “saúde”. Os conceitos estão operando nas práticas do cotidiano e emergem segundo condições que podem lhes dar maior visibilidade. Não significa, pois, que anteriores conceitos sucumbem a cada nova emergência (Minayo, 2000).

O presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.

A seguir, discutimos um pouco da história da assistência à saúde no Brasil até a constituição do SUS, apresentamos a Unidade Básica de Saúde e a metodologia utilizada no estudo: observação participante. A análise do modo de fazer saúde na UBS foi colocada em três categorias provenientes da leitura do diário de campo.

Sobre Aspectos Históricos do Sistema de Assistência à Saúde no Brasil

A questão da saúde tem sido tratada de diferentes modos no decorrer do tempo⁴. O conceito de saúde vem se modificando em um processo que passa por uma maior vinculação com as doenças e a morte, revelando uma percepção mais negativa, até um entendimento mais vinculado à qualidade de vida, ou seja, voltado mais para a positividade (Mendes, 1999).

Desde o início do século XX, a concepção de saúde era focalizada na ausência de doença. Naquele momento, a saúde pública estava voltada para a regulação dos espaços urbanos, vigilância contra a promiscuidade nas relações familiares, a ênfase com os cuidados de higiene na casa, a divisão dos cômodos nas casas populares⁵. Essa visão de saúde pública previa um policiamento sanitário das fábricas e habitações privadas e coletivas. A assistência à saúde, no Brasil, era pautada pelo Modelo Campanhista que, por meio de campanhas sanitárias, visava ao controle de epidemias e ocorrências de condições sanitárias precárias, crescentes nos espaços urbanos, principalmente nos aglomerados chamados cortiços. O controle, também denominado “polícia sanitária”, operava uma

prática higienista diante de uma população hostil aos preceitos de uma racionalidade sanitária (Rosário Costa, 1984; Marques, 1994).

Uma outra concepção, a de “educação sanitária”, incorporada ao aparato estatal de saúde a partir dos anos 1920, responsabiliza os sujeitos por suas doenças. Com essa orientação:

As ações sanitárias transferiam-se da população em geral para o indivíduo em particular. Com isso, na prática sanitária, o policiar as coisas - habitação, água, esgoto, lixo - o vigiar a cidade ganhava um novo aliado - a persuasão do indivíduo, o uso das palavras para forjar no indivíduo a consciência sanitária, a prática sanitária definiu-se como policiar e persuadir (Ribeiro, 1993, p. 246).

Desse modo, a concepção de “educação sanitária” pressupunha um entendimento que as pessoas deveriam ser informadas e convencidas a modificarem seus hábitos. Educar estava ligado a corrigir certos valores disseminados na população e submetê-la à disciplina da vida burguesa moderna.

Paralelamente a isso, introduzia-se uma nova organização da assistência médica, com ênfase em aspectos curativos. Essa prática desenvolvida no Brasil, na década de 1920, sofreu influência do Relatório Flexner, publicado pela Fundação Carnegie, nos EUA, em 1910. Esse relatório trazia a concepção do indivíduo como objeto de estudos e consumidor de tecnologias para a cura de doenças. Privilegiava o processo fisiopatológico do desenvolvimento das doenças, podendo ser identificado como “modelo biomédico”⁶. A concepção de saúde era assim, a ausência de doenças. O Relatório Flexner vingou devido ao elevado incentivo financeiro fornecido por fundações privadas americanas ao longo do período de 1910 a 1930 (Mendes, 1999).

Ainda na década de 1920, no Brasil, foi criado um sistema previdenciário para atender às necessidades de saúde dos trabalhadores urbanos e industriais, e o enfoque das ações estava na assistência médica individual, relegando as ações preventivas a um plano secundário (Vasconcelos, 1999). Neste período, a saú-

⁴ Falamos aqui de modos hegemônicos em que consistem as políticas de saúde adotadas pelo Estado.

⁵ Para uma discussão mais detalhada da intervenção médica nas famílias, na França, no período referido, veja Foucault (2001), Donzelot (1986), ou Costa (1999), no caso brasileiro.

⁶ CAPRA, Fritjof. O modelo biomédico. In: CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo, Cultrix, 1997.

de pública e a assistência médica eram distintas políticas, e, para o acesso à segunda, dependia-se da previdência social, dos serviços privados ou de instituições de benemerência. A demanda por assistência médica resultou no fortalecimento do sistema previsionário, que passou por diversas fases: CAPs, IAPs, INPS, IAPAS, INAMPS⁷, porém, esse sistema que disseminou a política de uma prática médica curativa individual com elevados custos (hospitais, ambulatórios, equipamentos) começou, na década de 1970, a apresentar graves problemas. Os conhecidos desvios e fraudes (superfaturamento, desdobramento de atos médicos, internações mais caras) muito levantados pela mídia contribuíram para a crise, proporcionando, deste modo, um descrédito do sistema público (Carvalho, 2003).

No período da ditadura militar, a rede de saúde privada se expandiu, junto com a diminuição dos gastos com políticas sociais. Em meio a essa situação governamental, houve um processo de resistência que foi gradativamente dando lugar a uma forma de democratização do regime político do país. Conforme Vasconcelos (1999, p. 27),

O setor saúde é exemplar neste processo. Nos anos [19]70, nos movimentos sociais emergentes, começam a surgir experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, em que profissionais de saúde aprendem a se relacionar com os grupos populares, começando a esboçar tentativas de organização de ações de saúde integradas à dinâmica social local.

A abertura política, que se iniciou na década de 1980, trouxe à tona essas reflexões e experiências alternativas, ao constituir um movimento por reformulações na política de saúde nacional.

O início da década de [19]80 foi marcado pelo recrudescimento da crise na Previdência Social e pelo crescimento - marcado por grandes avanços nos campos teórico-conceitual, ideológico e político - do Movimento da Reforma Sanitária. Coerente com o paradigma histórico-estrutural, a Reforma Sanitária priorizou estratégias macropolíticas voltadas à organização do

Estado e à reformulação do sistema de saúde e seus mecanismos de gestão (Carvalho, 2003, p. 58).

Assim, iniciou-se o processo de constituição de outro sistema de saúde, pautado por uma concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado, passando também de uma abordagem mais restritiva, que considerava a ausência de doenças, para uma concepção mais abrangente de saúde. No caminho das transformações políticas, o Sistema Único de Saúde (SUS) instaurou-se como política pública organizada, com princípios democratizantes que questionavam o modelo de assistência e pensavam a transformação da organização dos serviços de saúde. Como diretrizes do SUS, foi preconizada uma prática integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. No que se refere ao comando das ações e serviços públicos de saúde, orientou-se para uma descentralização, com direção única em cada esfera de governo e a participação da comunidade na gestão e na fiscalização dos sistemas e serviços (Brasil, 1990).

A concepção de saúde ampliada preconizada pelo SUS teve como fatores determinantes e condicionantes, dentre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, o lazer, o transporte, portanto, saúde apareceu como qualidade de vida, como produto social. Dessa forma, o território passou a ser referência para a organização dos serviços, uma vez que se valorizava a produção social da saúde.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) - ainda hoje conhecidas como postos de saúde⁸ - surgiram na década de 1980 no contexto de organização dos serviços, como possibilidade de maior eficácia de tratamento (resolutividade nas questões referentes à saúde). Com a responsabilidade de uma determinada área geográfica, às Unidades cabiam as ações básicas de promoção, prevenção e recuperação, utilizando-se, quando necessário, da referência e contra-referência aos outros níveis de atenção, segundo a complexidade considerada em cada caso.

⁷ As CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões) foram criadas em 1923, os IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) na década seguinte e o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) na década de 1960, que em 1974, juntamente com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social ramificou-se também em INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) e IAPAS (Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social) (Carvalho, 2003).

⁸ Os postos ou centros de saúde surgiram a partir da década de 1920, sem referências a outros serviços, trabalhavam na perspectiva de uma saúde pública que fazia procedimentos básicos e o controle de epidemias na população (Carvalho, 2003).

Um Outro Conceito de Saúde

Como coexistem os diferentes conceitos de saúde? Esse parece ser um problema que se enfrenta cotidianamente nos serviços de saúde. A Saúde Coletiva traz discussões no sentido de privilegiar a relação entre usuários e profissionais como possibilidade mais efetiva na atenção à saúde. Dessa forma, a produção de saúde não está dada a partir do profissional (trabalhador), mas na dimensão do encontro, na comunicação entre este e o paciente (usuário)⁹.

O trabalho em saúde, nesta perspectiva, procura olhar para o sujeito inteiro, utilizando-se de tecnologias como o acolhimento, que visa realizar a escuta/interpretação da demanda/ necessidade, na tentativa de dissolver a lógica fragmentada dos saberes.

Segundo Carvalho (2002), as correntes da saúde pública apontam diferentemente para uma mudança ou manutenção do *status quo* social. Nesse sentido, as práticas em saúde estão ligadas aos diferentes modos de pensar a sociedade em que cabe a discussão de como as teorias e a modificação nos conceitos influenciam as práticas. Nas situações concretas se materializam os conceitos; é no processo de trabalho que se constroem diferentes modos de fazer saúde.

Sobre a Unidade Básica de Saúde

É levando em consideração este contexto histórico-cultural que agora passamos a contextualizar o objeto desta pesquisa: a Unidade Básica de Saúde. Destacamos suas características peculiares que fizeram com que este trabalho fosse possível.

Como primeira característica salientamos o fato de esta UBS ser constituída por um convênio entre Secretaria Estadual da Saúde - SES/RS e um hospital privado. Dessa forma, diferentemente de outras unidades de saúde, há aqui uma parceria entre um órgão público e uma instituição privada. Essa UBS atende uma população de quatro mil habitantes.

Os profissionais da UBS são funcionários do hospital e não diretamente ligados à Secretaria de Saúde. Esses profissionais formam uma equipe fixa cons-

tituída por assistente administrativa, assistente de unidade, cirurgião-dentista, enfermeira, médica de família e comunidade (MFC), nutricionista, médico pediatra, técnico de enfermagem.

Além disso, a UBS recebe residentes do Programa de Residência Integrada em Saúde - ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva, do Centro de Saúde - Escola Muriel (CSEM), da Escola de Saúde Pública/RS. O programa de residência é voltado para a formação de trabalhadores para o SUS. Trata-se neste momento de três enfermeiras, um cirurgião-dentista, três médicos, duas psicólogas¹⁰ que compõem a equipe, juntamente com os funcionários do hospital. Outros profissionais como: cardiologista, ginecologista, psiquiatra, psicóloga e pediatra do CSEM dão preceptoria aos residentes. A UBS tem horário de atendimento à população das 7 h às 12 h e das 14 h às 17 h, de segunda à sexta-feira. O trabalho é organizado basicamente em pronto-atendimento, consultas com agendamentos prévios para os diferentes profissionais, visitas domiciliares, grupos voltados à prevenção e à organização de atividades comunitárias (feira de saúde, palestras). As reuniões de equipe têm freqüência semanal, reuniões de estudo de caso foram planejadas, mas, não ocorreram sistematicamente. À equipe fixa recaem as maiores responsabilidades quanto ao cumprimento das exigências do hospital, enquanto aos residentes a vinculação é maior com o CSEM. São demandas diferentes que, por vezes, dificultam o trabalho integrado¹¹. A gerência procura ser estratégica em relação às diversas cobranças.

Sobre a Observação Participante

A partir da vivência no cotidiano de trabalho da UBS utilizamos a observação participante como ferramenta desta pesquisa. Este método foi o escolhido por permitir uma visualização interna do objeto, das relações interpessoais e dos acontecimentos no contexto. Também são consideradas as limitações a que está sujeito, como a seletividade de informações, a dificuldade de observar e anotar as situações de diferentes ângulos (Gil, 1994).

9 Merhy (2002) apresenta a discussão em torno das tecnologias do fazer em saúde, problematizando a diminuição ou a ausência da dimensão cuidadora nos atos de saúde em detrimento do somatório de atos fragmentados sobre um usuário.

10 Número de profissionais referentes ao ano de 2005.

11 Enquanto a cobrança do Hospital é pela assistência, os residentes cobram a formação.

Da leitura do diário de campo e do constante processo analítico¹², emergiram as categorias que compõem este trabalho. Vale lembrar que esta análise parte de um contexto específico, no qual não se pretendem generalizações, mas que muito provavelmente discute aspectos comuns à atual forma de assistência à saúde.

A observação participante foi empregada nos seguintes espaços de atuação da equipe: reuniões de equipe (reuniões de uma hora semanal que tratam de assuntos administrativos e do cotidiano de trabalho), acolhimento (recepção aos usuários que chegam à UBS), reuniões de planejamento (reuniões para avaliação e planejamento de atividades para 2006) e conversas informais (conversas entre os integrantes da equipe sobre o cotidiano de trabalho). Escolhemos esses espaços para a observação participante devido à maior disponibilidade de acesso. A observação enfocou os aspectos formais e informais do trabalho, como os profissionais referem-se aos usuários e como os atendem, quais os aspectos que mobilizam as discussões na equipe, que temas são tratados nas reuniões de equipe e nos outros espaços de discussão.

E o Modo de Fazer Saúde na UBS?

A relação público/privado

Como visto anteriormente, esta UBS é formada por uma parceria entre uma instituição privada e o sistema público. Como se dá essa relação? Inicialmente traremos as questões práticas que envolvem a dimensão da lógica privada, a da cultura gerencial baseada na avaliação do desempenho, lógica esta que também atinge as instituições estatais, embora com ênfase diferenciada.

A equipe da UBS responde à Unidade de Assistência Social do hospital, que mantém a estrutura mínima para o funcionamento da UBS e trabalha com a definição de metas, resultados e adesão ao Programa de Auditoria para Melhoria da Qualidade (PAMQ). Este programa provém da Teoria da Administração de Recursos Humanos que enfatiza a qualidade total, ou seja, a organização do processo de trabalho voltada

para a maior produtividade. Nesse âmbito, produtividade está voltada para quantidade, seja de atendimentos ou de outras atividades de prevenção e promoção de saúde.

A cada aproximação da avaliação pelo PAMQ acontece um mutirão para a organização da equipe. Etiquetas têm que ser colocadas, a validade da medicação tem de ser verificada, a limpeza tem de ser feita minuciosamente, a organização do material tem de estar de acordo, a missão do Hospital e os indicadores tem de estar na “ponta da língua”. Tudo isso para apresentar-se como um serviço de qualidade em relação ao PAMQ¹³, porém, conforme Campos (2000), as pretensões discursivas dessas metodologias de recorte mais tecnocrático quase nunca se concretizam na prática.

Essa é a forma de avaliação de resultados do trabalho prestado? Esse questionamento aparece sutilmente nas reuniões de equipe quando há um incômodo sobre como se organizam as atividades na UBS. “É necessário maior número de consultas, é necessário fazer o acolhimento, mas também é necessário trabalhar com promoção e prevenção” (reunião de equipe).

Aqui verificamos uma controvérsia em relação a qual deve ser a prioridade de trabalho diante da impossibilidade de atender a todas as demandas. Em meio a isso, a equipe precisa responder ao que lhe é solicitado em termos de resultados quantificáveis que mal avaliam as possíveis modificações no estado de saúde da população, como foi verbalizado, “as crianças que estão em risco nutricional são as que “moram” no posto” (reunião de planejamento).

Nesse sentido, podemos pensar qual é a escuta possível nesse lugar que as pessoas freqüentam, “estão sempre aqui” (conversas informais), mas no qual os problemas se repetem também sempre os mesmos. Percebemos que, diante disso, o trabalho torna-se um conjunto de procedimentos que são visíveis e que os modelos explicativos para os problemas são os da elucidação de doenças. Pinheiro e cols. (2005, p. 14) nos dizem que:

Os “problemas de saúde”, ao serem definidos a partir de critérios objetivos e quantificáveis, têm nas doen-

¹² Discussões com orientadores, professores, colegas, amigos, psicoterapeuta.

¹³ Não tivemos acesso aos itens avaliados pelo PAMQ, no entanto, a mobilização da equipe estava voltada para o atendimento das questões mencionadas.

ças a face concreta como “reais necessidades de saúde” da população – portanto os “reais” motivos dos usuários para procurarem os serviços de saúde.

Esta é a forma conhecida pelo serviço de saúde: responder à queixa; sendo assim, a transformação da queixa em demanda¹⁴ parece não acontecer.

O Discurso da Equipe Sobre a População

“A gente sempre atende bobagens nas consultas”. “São sempre os mesmos que vêm consultar...” “Reclamar faz parte da cultura...” (reuniões de equipe) “... as pessoas, mesmo que não saibam ler e escrever, sabem avaliar quando uma criança ou adulto está doente.” (conversa informal).

Falas como as anteriores transmitem sentimentos dos profissionais que apontam para um distanciamento do tipo: nós e eles. Há que se diferenciar dessa população. É necessário emitir opiniões, caracterizar esse outro, afinal, desde o lugar cultural do sistema de saúde precisa-se de comunidades funcionais aos interesses desse sistema (Wong Un, 2002). Uma população que corresponda à oferta do serviço.

O sistema não está a serviço dessa comunidade? Sim, essa é a crença, mas como se coloca a serviço? Está para atender os doentes? Está para promover saúde? Esses são aspectos pouco discutidos na Unidade Básica de Saúde. O cotidiano da atenção precisa ser funcional, não há tempo para discussões que “não se aplicam à prática”. Nesse momento, o ato de fazer está dissociado da reflexão sobre o sentido desse trabalho.

Assim, o mal-estar não pode vir à tona na formulação de questões que problematizem essa prática. Ele vem, então, na forma reativa, na queixa ao que é externo, comunidade, governo. Reclamar também faz parte da nossa cultura, o que inviabiliza um pensar sobre o problema em diferentes perspectivas.

As pessoas (usuários ou pacientes ou clientes) solicitam a resolução de seus problemas de saúde e os trabalhadores respondem de forma automática (aprendizado da resposta ao pedido), pois, perceber que nem sempre as tecnologias disponíveis (medicamentos, curativos, exames, consultas especializadas)

dão conta das necessidades das pessoas, gera sofrimento. Assim, respondendo a partir de generalizações, há um movimento de cristalização de determinada forma de significação do outro e perde-se a capacidade de distinção e compreensão da dinâmica do processo saúde-doença-intervenção em jogo (Campos, 1997, p. 245).

E o mal-estar continua, o esvaziamento do sentido do trabalho aparece justamente na continuidade do discurso reativo. “Ver o porquê querem marcar consulta, acabam marcando sem precisar” (reunião de equipe). Essa fala pode ser associada ao fato de algumas pessoas estarem seguidamente na Unidade, uma forma de vínculo que não encontram em outro espaço. Desse modo, o serviço de saúde no território é um dos espaços comunitários. Como não se pode estar ali à toa, produzem-se demandas de acordo com a oferta.

“Os da saúde mental dizem que as pessoas já vêm com diversos problemas que a gente tem que entender, mas quem entende a gente?” (conversa informal) Desse modo, há um misto de demandas não atendidas: demanda da população, demanda da equipe, que se acumulam, gerando sentimento de abandono.

Nesse emaranhado de descontentamentos há a manutenção de uma situação que inviabiliza a problematização e construção de outras formas de trabalho, assim a responsabilização pelo coletivo se esvazia, restando uma culpabilização do indivíduo.

A Demanda da Residência Integrada em Saúde: transformação do modo de trabalhar

A UBS é campo para a Residência, assim, adota o discurso da saúde coletiva. “A UBS tem que trabalhar com promoção e prevenção, não dá pra atender o que a população quer porque sempre vai querer consulta” (reunião de equipe). Um discurso que associa aspectos históricos da construção de um modo de atenção. O que significa essa consulta? Como transformá-la? Porque afinal parece-nos que o que está em jogo é o atendimento das necessidades. Como então conciliar isso? Recuperação, promoção e prevenção são proposições incompatíveis?

¹⁴ Referimo-nos ao conceito de demanda da análise institucional (Baremlit, 1996), que remete ao deciframento do pedido (queixa), a demanda é também produzida pela oferta.

Nesses questionamentos, percebemos um conflito na operacionalização dos conceitos. Ao mesmo tempo em que, historicamente o trabalho em saúde se construiu com base na fragmentação dos saberes, buscamos, atualmente, com o discurso da saúde coletiva contemplar a integralidade na atenção.

O conhecimento profissional se desenvolveu mais na sua especialidade. As ciências da saúde têm tratado da dicotomia saúde x doença. Apesar das tentativas atuais de desvincular os termos, quando falamos que saúde não é ausência de doença, corremos o risco de instaurar uma apologia à saúde. Conforme Castro (1992):

uma saúde inalcançável frente a enfermidades freqüentes e cotidianas, não necessariamente graves, mostra uma organização social baseada no equilíbrio entre os menos, porém poderosos, e os mais, porém, impotentes.

A UBS convive com diferentes discursos que, por vezes, se embatem diante de uma tentativa de substituição maciça de um paradigma biomédico por valores que retomam a tradição. Nogueira (2003) em seu livro *A Saúde pelo Acesso* faz um exame da obra de Ivan Illich mostrando aspectos de como a saúde entendida pelo autor como “a capacidade de cada pessoa exercer o controle sobre seus estados biológicos e sobre o meio ambiente imediato” foi expropriada pelo saber médico, “As pessoas perderam o saber sobre si” (conversa informal). Após um século de dissociação do saber de si tenta-se agregar, restabelecer aquilo que foi retirado.

Mais uma vez a equipe da UBS sevê diante de dilemas: trabalhar conforme o modelo aprendido ou construir outros modos de fazer saúde? Ela tenta responder a isso incluindo ações de promoção, prevenção e recuperação que vem do discurso da Saúde Coletiva, porém, o que assistimos no cotidiano de trabalho é um certo desencantamento pelo que pode ser construído coletivamente¹⁵, já que, as discussões e estudos de caso são pouco valorizados como trabalho efetivo. Após exaustivas reuniões de equipe em que problemas como a “escala do acolhimento” permaneciam sem definições, como tantos outros assuntos que eram expostos e não havia qualquer tomada de decisão, iniciaram-se as reuniões de planejamento.

Essas reuniões abrem um caminho para a discussão

são e a reorganização do trabalho realizado nesta UBS. Embora o impasse continue, a que ou a quem respondem nesse trabalho?

Considerações Finais

A partir desta reflexão é possível perceber que há uma influência de toda a história da assistência à saúde em nossas práticas, paradigmas se entrecruzam e provocam crises. O que visualizamos nessa UBS é uma dificuldade de questionar modelos aprendidos que pouco dão conta da prática de trabalho na saúde. No entanto, o incômodo é algo permanente, seja na forma de um sentimento de obrigação no trabalho seja na impossibilidade de incorporar os ideais no cotidiano de trabalho.

Percebemos um reforço no modelo biomédico, na medida que houve o esvaziamento do espaço coletivo. Assim, a fragmentação do trabalho e a demanda por alívio dos sintomas ganham mais espaço. A satisfação do usuário, conforme indicador proposto pelo Hospital, ganha um sentido ambíguo. Ao mesmo tempo que o usuário tem direito a ter suas necessidades atendidas (discurso do SUS), há uma insatisfação da equipe com as respostas possíveis a ele. A equipe ainda não consegue trabalhar com indicadores que mostram o estado de saúde da população atendida.

É preciso tempo e organização para fazer o diagnóstico das necessidades de saúde, definir as intervenções e acompanhar os resultados, mas a equipe absorvida pelas demandas tem dificuldades em realizar o trabalho desse modo.

Uma das maiores dificuldades que aparecem na atenção à saúde é a onipotência em resolver os problemas (sintomas) que chegam a UBS, (discurso distorcido da saúde coletiva). Uma reação comum a essa ilusão é “fazer o que se pode” dentro daquilo que sempre se fez, daquilo que se sabe, mesmo que isso indiretamente gere um descontentamento no cotidiano de trabalho. Conforme Dejours (2005) são, nesse caso, as estratégias coletivas de defesa que constroem o sentido do trabalho e também geram a alienação.

Construir outros modos de fazer saúde é algo que se mantém em tensão constante, já que todos estamos imersos nos paradigmas que sustentam nossas práticas.

¹⁵ Um indicador concreto de alienação real é a inexistência (ou a existência apenas formal) de Espaços Coletivos (Campos, 2000).

No entanto, diante dessa tensão a, UBS tem realizado movimentos que visam avaliar o processo de trabalho e parar em alguns momentos para escutar, processo esse tão bloqueado pelo cotidiano estabelecido.

Referências

- BAREMBLIT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes*: teoria e prática. Rio de Janeiro: 3^a ed. Rosa dos Tempos, 1996.
- BRASIL. Congresso Nacional. *Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990*. Brasília (DF), 1990.
- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). *Agir em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CAPRA, F. O modelo biomédico. In: CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 1997.
- CARVALHO, S. R. *Saúde Coletiva e Promoção à Saúde*: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. Campinas, 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
- CARVALHO, N. M. *Os territórios da saúde e a saúde dos territórios*: discutindo o processo de territorialização em saúde a partir do caso de um serviço de atenção primária em POA/RS. 2003. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- CASTRO, E. G. A falsa dialética saúde-enfermidade. *Revista do Centro de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Federal de Santa Maria*. Santa Maria, v. 7, n. 1, jun. 1992.
- COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 4^a ed., 1999.
- DEJOURS, C. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 6^a ed. 2005.
- DONZELLOT, J. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 2^a ed., 1986.
- FOUCAULT, M. *Os Anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2001 (1975).
- GIDDENS, A. *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2003 (1984).
- GIL, A. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1994.
- MARQUES, V. R. B. *A medicalização da raça*: médicos, educadores e discurso eugênico. Campinas: Editora UNICAMP, 1994.
- MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec, 2000.
- NOGUEIRA, R. P. *A Saúde pelo Aveasso*. Natal: Seminare, 2003.
- PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.; MACHADO, F. R.; GOMES, R. S. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas Considerações Sobre os Nexos Constituintes das Práticas de Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A *Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaços Públicos*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC-Abrasco, 2005.
- RIBEIRO, M. A. R. *História sem fim ... Inventário da saúde pública*. São Paulo - 1880-1930. São Paulo: Editora Unesp, 1993.
- ROSÁRIO COSTA, N. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. In: *Cadernos do CEDES*. São Paulo: Editora Cortez, 1984.
- VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- VÍCTORA, C. G. (org.). *Pesquisa qualitativa em saúde*. Uma introdução ao tema. Porto Alegre: Editora Tomo, 2000.

WONG UN, J. A. *Visões de comunidade na saúde: comunalidade, interexistência e experiência poética.*
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Fundação
Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública;
2002. Disponível em: <http://portalteses.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_cover&id=000102&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 3 nov. de 2004.

Recebido em: 03/05/06
Reapresentado em: 15/02/07
Aprovado em: 26/02/07