BIS

Boletim do Instituto de Saúde
Volume 15 – nº 2 – Dezembro 2014
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529

Os desafios do trabalho na atenção básica

Sumário

Editorial 03

Atenção Primária à Saúde na Agenda Pública no Brasil: alguns pontos para se pensar
Nivaldo Carneiro Junior, Regina Maria Giffoni Marsiglia, Amélia Cohn 05

O contexto político e social do nascimento do Programa de AIDS em São Paulo: a construção de um serviço de saúde pública
Lindinalva Laurindo Teodorescu, Paulo Roberto Teixeira 12

Repercussões Psicossociais do Trabalho em Saúde
Maria Luisa Sandoval Schmidt 20

A Saúde/Adoecimento do Trabalhador em Saúde: aspectos teórico-conceituais
Francisco Antonio de Castro Lacaz 27

Avanços e impasses da Estratégia Saúde da Família: a percepção dos gestores e gerentes da Região Metropolitana da Baixada Santista
Renato Barboza, Maria de Lima Salum e Morais 34

Acolhimento em Atenção Primaria à Saúde: papel na graduação em medicina
Caio Felício de Oliveira, Liz Ponnet, Guilherme Arantes Mello, Marcelo Marcos Piva Demarzo 43

O Estudo da Resiliência dos Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família
Vanessa Caravage de Andrade, Fernanda Rocco Oliveira, Andréa Cury Rojas 56

O Enfermeiro e o Gerenciamento na Estratégia Saúde da Família
Karen Jaqueline Santana Gomes, Silvia Helena Bastos de Paula 64

Caminhos do profissional pesquisador: contribuições/limitações da participação na pesquisa de serviços de saúde
Maria Auxiliadora Campos Rodrigues, Rosana Onocko-Campos 74

Planejamento Familiar e Reprodutivo na Atenção Básica do Município de São Paulo: direito constitucional respeitado?
Regina Figueiredo, Júlio Mayer de Castro Fº, Suzana Kalckmann 81

Instituto de Saúde
Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista
São Paulo-SP – CEP: 01314-000
Tel: (11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772
www.isaude.sp.gov.br
e-mail: boletim@isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
David Everson Uip

Instituto de Saúde
Diretora do Instituto de Saúde
Luiza Sterman Heimann

Diretora Adjunta do Instituto de Saúde
Sônia I. Venâncio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP
Silvia Regina Dias Médici Saldiva

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP
Tereza Setsuko Toma

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico
Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo
Bianca de Mattos Santos

Boletim do Instituto de Saúde – **BIS**
Volume 15 – nº 2 – Dezembro 2014
ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529
Publicação semestral do Instituto de Saúde
Tiragem: 2000 exemplares
Portal de Revistas da SES-SP – http://periodicos.ses.sp.bvs.br

Editor
Márcio Derbli

Editores científicos
Marina Ruiz de Matos
Cassio Silveira
Marcelo Marcio Piva Demarzo
Guilherme Arantes

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica
Camila Garcia Tosetti Pejão

Administração
Bianca de Mattos Santos

Biblioteca
Carmen Campos Arias Paulenas

Ilustrações
Robson Minghini

Revisão
Sarvio Nogueira Holanda

Diagramação
Fernanda Buccelli

Editoração, CTP, Impressão e Acabamento
Imprensa Oficial do Estado de São Paulo

Conselho editorial
Alberto Pellegrini Filho – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil
Alexandre Kalache – The New York Academy of Medicine – Nova York – EUA
Áurea Eleutério Pascalicchio – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Benedito Medrado – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife-PE – Brasil
Camila Garcia Tosetti Pejão – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Carlos Tato Cortizo – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Carmen Campos Arias Paulenas – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil
Ernesto Báscolo – Instituto de la Salud Juan Lazarte – Universidad Nacional de Rosario – Rosario – Argentina
Fernando Szklo – Instituto Ciência Hoje (ICH) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil
Francisco de Assis Accurcio – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte-MG – Brasil
Ingo Sarlet – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) – Porto Alegre-RS – Brasil
José da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil
Katia Cibelle Machado Pirotta – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil
Lenise Mondini – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil
Luiza S. Heimann – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil
Márcio Derbli – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil
Marco Meneguzzo – Università di Roma Tor Vergata – Roma – Itália
Maria de Lima Salum e Morais – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil
Marina Ruiz de Matos – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil
Maria Lúcia Magalhães Bosi – Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza-CE – Brasil
Nelson Rodrigues dos Santos – Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo-SP – Brasil
Raul Borges Guimarães – Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Presidente Prudente-SP – Brasil
Samuel Antenor – Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo - Unicamp – Campinas-SP – Brasil
Sílvia Regina Dias Médici Saldiva – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Sonia I. Venancio – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Tereza Setsuko Toma – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Editorial

É com satisfação que apresentamos este número do Boletim do Instituto de Saúde (BIS). A temática sobre os avanços e desafios do trabalho na Atenção Básica permitiu análises de múltiplos níveis que compõe a realidade do *fazer em saúde*. As transformações do processo de trabalho em saúde, a diversidade de situações e vínculos de trabalho e seu papel na formação e experiências profissionais estão presentes nos artigos selecionados.

Em relação ao BIS, cabem algumas considerações. Todos os docentes, pesquisadores e técnicos que buscam divulgar suas reflexões e resultados sabem da dificuldade de encontrar espaços de publicação em todos os campos do conhecimento. No caso da Saúde Coletiva isto se acentua dado o número de editores em relação a crescente produção de estudos sobre saúde-doença que incorporam condicionantes e determinantes sociais. O BIS colabora neste espaço como veículo de divulgação e atualização científica, permitindo aos autores que suas análises cheguem à rede de atenção à saúde do estado de São Paulo de forma sistemática e gratuita. Esta atividade editorial, parte da missão institucional, está inscrita no polo norteador da formação para saúde do SUS.

A presente edição é composta de dez análises que tratam do trabalho em saúde com a grande diversidade de olhares permitida pelo conjunto de disciplinas que compõem a Saúde Coletiva. Inicia-se com uma rigorosa análise histórica de três eméritos professores sobre a recente constituição da Atenção Primária em nosso país, espaço que moldado pela estrutura e conjunturas político institucionais que deram forma e os limites para o desenvolvimento do mosaico que se constitui o trabalho neste nível de atenção.

Seguem duas contribuições resultantes de eventos ligados ao processo saúde-doença. São ensaios que retratam de um lado um processo de trabalho que surgia na década de 1980 consolidando-se gradativamente e outro sobre um processo consolidado cujos riscos ligados ao adoecimento já estão bastante delineados.

A primeira relata como se constituiu a construção da assistência aos portadores de HIV/AIDS, premiada no Brasil e internacionalmente. Assinado pela pesquisadora Lindinalva Laurindo, que desenvolveu sua linha de pesquisa nessa área e por Paulo Teixeira, responsável pela ousadia de criar um programa baseado em outro paradigma, apoiado tanto nas ações institucionais como na participação efetiva dos grupos de interesse presentes na sociedade que se estenderá à atenção primária.

O segundo ensaio, de Maria Luisa Sandoval Schmidt, docente do Instituto de Psiquiatria da USP, relata sua participação e análise em seminário sobre situações psicossociais e gestão do trabalho. A autora, a partir de um importante desenho dos significados do trabalho no mundo contemporâneo, traça duas linhas de análise fundamentais para a compreensão desta temática, ou seja, as complexas relações entre situações de vida e de trabalho e como se estruturam as ações de proteção de saúde mental dos que trabalham na saúde.

Ainda nesta linha de trabalho está a valiosa colaboração de Francisco Antônio de Castro Lacaz, docente da UNIFESP e estudioso do campo de saúde do trabalhador. Em trabalho de natureza conceitual o autor, a partir da perspectiva do materialismo histórico, retoma a separação entre conceber e executar o trabalho e suas repercussões na saúde do trabalhador. Recupera o conceito de processo de

trabalho para analisar as Unidades Básicas de Saúde em que existe a Estratégia de Saúde da Família e o risco de adoecimento dos trabalhadores.

Sobre a Estratégia de Saúde da Família (ESF), suas possibilidades e limites, outros autores se debruçaram para avaliar aspectos distintos.

Os pesquisadores Renato Barboza e Maria de Lima Salum e Morais analisaram a perspectiva de gestores e gerentes de uma das regiões de saúde do Estado de São Paulo. Trata-se de uma abordagem qualitativa que permitiu uma visão autoreferida dos processos de gestão do trabalho presentes nas unidades que administram. O artigo, em função das escolhas metodológicas, permite ao leitor acompanhar a visão destas chefias para a transição de modelo de atenção que estavam em andamento e reuniam múltiplas formas de incorporação dos profissionais que atuam na Atenção Básica.

Outro artigo que tem com cenário a ESF é de Caio Felício de Oliveira, Luiz Ponnet, Guilherme Arantes e Marcelo Marcos Piva Demarzo. Os autores se voltam para o papel do acolhimento na formação de alunos de graduação em medicina em uma UBS de São Carlos/SP. Os resultados revelam o acerto na presença dos alunos no acolhimento e a análise desta experiência é demonstrada sob vários níveis. Os autores avaliam o sentido do conhecimento teórico estruturado quando diante da estrutura de atendimento.

De outro ângulo, com o propósito de refletir sobre o trabalho de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Vanessa Caravage de Andrade, Fernanda Rocco Oliveira e Andréa Cury Rojas identificaram e analisaram a centralidade da resiliência no processo de formação dos residentes. Os desafios enfrentados na situação em que os processos de trabalho e de formação, que ocorrem simultaneamente, foram investigados por meio de um questionário. Os resultados foram estratificados em eixos que envolveram tanto o modelo pedagógico como as formas de enfrentamento das dificuldades.

Karen Jaqueline Santana Gomes e Silvia Helena Bastos de Paula partem da formação em enfermagem em seu aspecto de preparação para a supervisão e gerência de serviços para analisar como este espaço vem sendo assumido e, em grande medida esperado, na ESF. O artigo discute as dificuldades inerentes a estas funções e o quanto se tornam mais complexas quando se referem à grupos multidisciplinares.

O artigo seguinte propõe uma perspectiva original para a análise de processos de trabalho. As autoras Maria Auxiliadora Campos Rodrigues e Rosana Onocko-Campos voltam-se para o espaço da pesquisa como um dos processos de trabalho na área de saúde, no caso do artigo, saúde mental.

Esta edição contempla ainda os resultados de uma pesquisa analisados por Regina Figueiredo, Julio Mayer de Castro Filho e Suzana Kalckmann ligada à temática de saúde reprodutiva. Ainda que o objeto de investigação tangencie o escopo desta edição, dado que o *locus* do trabalho seja na Atenção Básica do Município de São Paulo, o estudo foi considerado relevante pelo amplo quadro que traça da direção que o planejamento familiar tem sido encaminhado por serviços próprios e pelas Organizações Sociais que hoje são responsáveis pela administração de serviços de saúde.

Esperamos que os estudos apresentados contribuam para democratização do conhecimento produzido pelos autores que demonstram uma parte do quadro difícil e valioso dos que trabalham na Atenção Básica do sistema de saúde do país.

Marina Ruiz de Matos
Cassio Silveira
Marcelo Marcio Piva Demarzo
Guilherme Arantes
Márcio Derbli

Atenção Primária à Saúde na Agenda Pública no Brasil: alguns pontos para se pensar

Primary Health Care in the Public Agenda in Brazil: some topics for reflection

Nivaldo Carneiro Junior[1] Regina Maria Giffoni Marsiglia[2] Amélia Cohn[3]

Resumo

O movimento da Reforma Sanitária brasileira e a emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) não contemplaram de forma explícita o entendimento e a orientação do novo sistema de saúde com base na Atenção Primária à Saúde (APS). A Política Nacional de Atenção Básica foi formulada em 2006, com o "Pacto da Saúde", adotando como modelo de APS o Programa Saúde da Família (PSF). Apesar da importância e do pioneirismo dessa política no cenário nacional, chama atenção para a reflexão a não incorporação de experiências regionais anteriores, como também as contemporâneas na implantação do SUS, além de aspectos relacionados à organização tecnológica da saúde, principalmente em regiões urbanas e com graus de desenvolvimento social e econômico. Nesse sentido, estudo crítico e reflexivo sobre as experiências da gestão pública em saúde voltadas para a organização de serviços em centros urbanos, em momentos históricos próximos à reforma do sistema público de saúde atual, pode trazer elementos para a compreensão dos limites e possibilidades da capacidade do Estado brasileiro na formulação de políticas públicas de saúde apoiadas em processos operados nas realidades socio-históricas, particularmente os orientados na APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Sistema Único de Saúde; Centros Urbanos.

Abstract

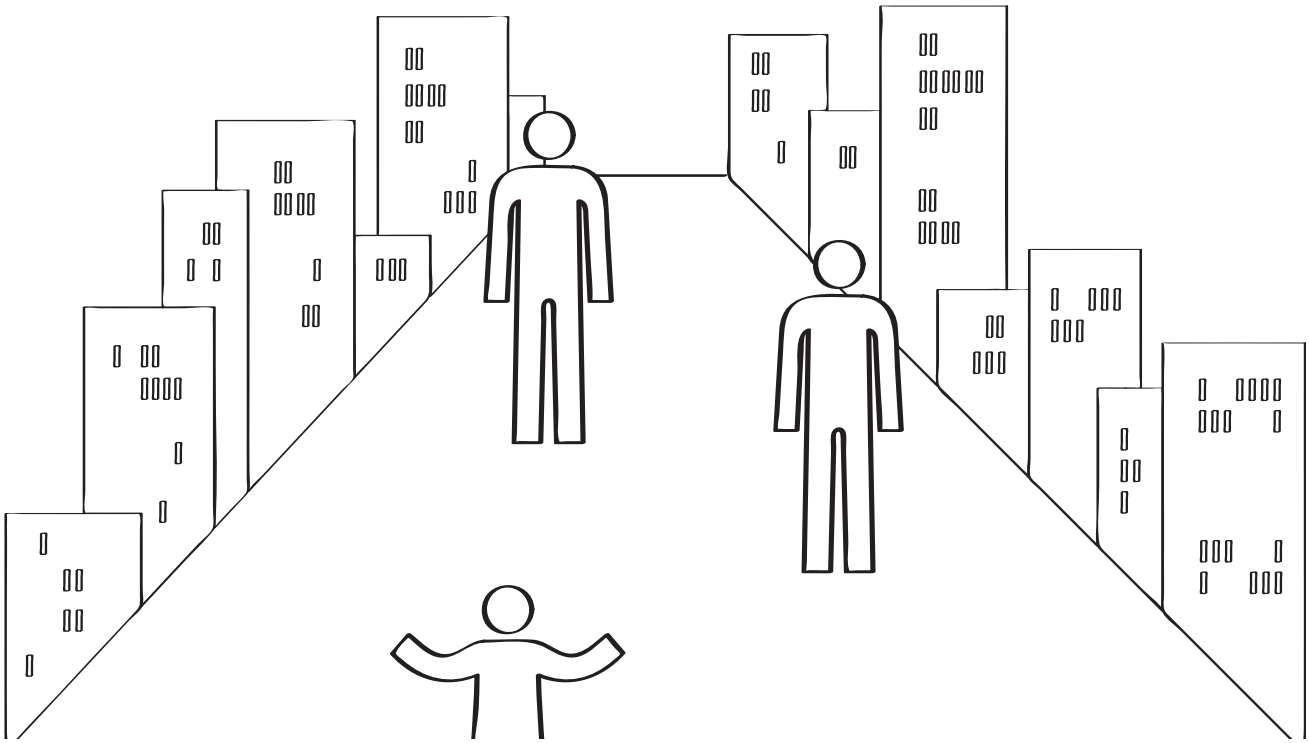
The Brazilian health reform and the rise of Unified Health System did not address explicitly the guidance of the new health system based on Primary Health Care. The National Primary Care Policy was formulated in 2006, according to the "Health Pact", adopting the Family Health Program as a model of Primary Health Care. In spite of the significance and the pioneering spirit of this policy it is needed to reflect on the forgetting of former and current regional experiences tied to Brazilian Unified Health System. Also it is needed to reflect on aspects of health technological organization, mainly in urban areas which present social and economic development. A critical study about public health management focused on the organization of services in urban areas and in periods close to the reform of the current health public system may help us to understand the Brazilian State's limitations and potentials to formulate public health policies, mainly those concerning Primary Health Care.

Keywords: Primary Health Care; Public Health Policies; Brazilian Unified Health System; Urban Areas.

[1] Nivaldo Carneiro Junior (nicarneirojr@uol.com.br) é médico sanitarista, Doutor em Medicina Preventiva, Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e da Faculdade de Medicina do ABC.

[2] Regina Maria Giffoni Marsiglia (regina.marsiglia@fcmsantacasasp.edu.br) é socióloga, Doutora em Ciências Políticas, Professora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

[3] Amélia Cohn (cohn.amel@gmail.com) é socióloga, Livre docente em Saúde Pública, Professora Aposentada da Universidade de São Paulo e Pesquisadora Sênior do CNPq.



A Atenção Primária à Saúde (APS) vem ocupando espaço importante na agenda dos formuladores, gestores e pesquisadores em políticas e sistemas de saúde em anos recentes. Esse movimento tem obtido apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS), promovendo uma revisão crítica do que se chamou "Declaração de Alma-Ata", resultante da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em 1978, e de seus desdobramentos nos anos seguintes para os sistemas nacionais de saúde.

Com o lema "*Saúde para todos no ano 2000*", a Declaração de Alma-Ata projetou um conjunto de ideias e proposições visando à garantia do acesso às ações de saúde e à reversão das condições desfavoráveis de adoecimento das populações, alcançadas a partir da reorganização hierarquizada dos níveis da atenção à saúde, de acordo com as suas densidades tecnológicas, tendo a APS como local estratégico dessa orientação, isto é, aglutinador de demandas e necessidades de saúde de base comunitária e definidor do acesso aos demais níveis da assistência.[1,9]

Nos anos que se seguiram à "Declaração de Alma-Ata", duas concepções sobre APS se colocaram em contraposição: "reformuladora do sistema de saúde" e "seletiva". A primeira apoiada nas proposições da Declaração de Alma-Ata e a segunda focada em problemas de saúde mais prevalentes nos grupos populacionais mais vulneráveis.[6]

Modelos assistenciais orientados por uma ou por outra concepção foram implantados em vários países. Todavia, a "APS seletiva" foi mais orientada para os países com menor desenvolvimento socioeconômico, com incentivos financeiros das Agências Multilaterais, enquanto a outra concepção foi adotada em países desenvolvidos, particularmente na Europa Central.[21]

Pesquisas recentes vêm apontando padrões diferenciados nos perfis de morbimortalidade das populações em vários países, relacionando-os com os respectivos sistemas de saúde. Os resultados dessas investigações demonstram que

melhores condições de saúde estão relacionadas aos sistemas que adotaram a APS como reformuladora do sistema de saúde.[12,18]

A partir desses estudos e no esteio da comemoração dos 30 anos da Declaração de Alma-Ata, a OMS tem fomentado uma série de iniciativas e incentivos para que os países reorganizem e/ou consolidem seus sistemas nacionais de saúde baseados na APS, "mais que necessária", que acolha as demandas e necessidades de saúde e que seja orientadora do acesso integral da população às ações de saúde.

Nessa perspectiva, também é "mais que necessária" a reflexão do papel do Estado para a efetivação dessa política, isto é, sua capacidade formuladora e gestora de políticas públicas de caráter nacional, universal e não aprisionadas por lógicas privadas e mercantis e tampouco seletivas.

Os caminhos da (não) inserção da Atenção Primária à Saúde na agenda da reforma do Sistema de Saúde brasileiro

É a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) que no Brasil emerge uma política pública de saúde de âmbito nacional para APS, constituída em seu formato mais acabado em 2006, com a edição da "Política Nacional de Atenção Básica".[9]

Todavia, há que se reconhecer experiências, anteriores ao SUS, de organização de sistemas locais e serviços de saúde com centralidades na APS, em âmbitos regionais, com destaques para o estado de São Paulo, Londrina (Paraná), Niterói (Rio de Janeiro) e Montes Claros (Minas Gerais), nos anos 1970/1980.[13]

Nos anos de 1970 emerge o movimento da reforma sanitária brasileira que traz uma crítica contundente ao modelo assistencial vigente, a defesa do acesso universal aos serviços de saúde e que estes tenham capacidades para resolver os problemas de saúde da população. As experiências de organização de serviços acima mencionadas contribuíram nas formulações desse movimento.

O capítulo da Saúde na Constituição brasileira de 1988 teve como referência o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, incorporando no texto constitucional boa parte de suas principais proposições. Resultante do movimento da reforma sanitária brasileira, essa Conferência é considerada um marco na história das políticas de saúde no país, pela expressiva participação de vários segmentos sociais, pela sistematização crítica do modelo assistencial então vigente, pela apresentação de propostas para um novo sistema de saúde público e com inclusão social, entre outros aspectos.[20]

Todavia, nessa Conferência a discussão sobre atenção primária à saúde não se fez presente na pauta, não qualificando, desse modo, a própria reorganização e reorientação do sistema de saúde que se formulava naquele momento.[13]

Essa é uma questão que merece ser mais bem analisada, pois a ausência de uma discussão qualificada a respeito de concepções e modelos de APS, no momento de definição do sistema nacional de saúde brasileiro, gera elementos limitantes da capacidade da formulação da própria política norteadora da organização do novo modelo assistencial para o SUS e é, portanto, reveladora dos desafios atuais.

Ao rever experiências internacionais, vale como referência a Espanha, que desenvolveu, no contexto de suas características sociais, políticas e econômicas, movimento semelhante ao do Brasil, isto é, no processo de redemocratização, no final dos anos 1970, redigiu uma nova Constituição e definiu um sistema de saúde

universal e público cujo modelo assistencial teve centralidade na APS, apresentado de forma explícita em Lei.[3,4,5]

No nosso caso, a questão central da luta do movimento sanitário concentrou-se na extensão do acesso para a população, particularmente aquela não coberta pela previdência social. Portanto, a qualidade da discussão e das formulações políticas não focou a dimensão assistencial propriamente dita, muito menos na concepção da APS.

Dessa forma, o SUS começa a se organizar em 1990 sem uma definição clara para os gestores do modelo técnico-assistencial a ser implantado. As preocupações iniciais focaram a dimensão macropolítica do sistema, os mecanismos da descentralização, através das Normas Operacionais Básicas (NOB).

Só a partir de 1995, após cinco anos da constituição do Sistema Único de Saúde, é que se observam a formulação e a implementação de uma política do governo federal para a atenção primária à saúde, definindo como modelo o Programa Saúde da Família (PSF), tendo como um dos traços marcantes a forte indução para os demais níveis de governo – estadual e municipal, através de um conjunto de medidas técnico-administrativas e financeiras para sua incorporação no SUS. Em 2006, essa estratégia é consolidada com a edição da Política Nacional de Atenção Básica, no contexto do Pacto pela Saúde.[17]

Uma questão a ser pensada diz respeito ao grau de efetivação desse modelo de APS para os grandes centros urbanos, nos quais vive a grande maioria da população, realidade desafiadora para a efetividade do SUS, particularmente na perspectiva da reorientação do seu modelo assistencial.[8]

Nesses espaços urbanos há uma oferta de serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, concentrando profissionais com formações das mais generalistas às mais especializadas, particularmente na área médica, com história de utilização pela população de serviços primários, organizados nas grandes especialidades básicas (clínica médica, ginecologia/obstetrícia e pediatria), além da própria dinâmica social e de vida que influenciam as maneiras de acesso e uso do sistema de saúde.

Esses apontamentos e outros como o perfil da formação médica, os modelos de organização dos serviços primários pautados nos programas de saúde, a insuficiência da discussão e sua incorporação específica pelo movimento sanitário e pelas corporações profissionais, podem explicar a capacidade de efetivação do modelo de APS adotado pelo SUS a partir de 2006.

Nesse sentido, é interessante analisar algumas experiências importantes de gestores do SUS, e nesse caso, dos governos municipais, nas formulações políticas e organizativas do novo sistema de saúde a ser operado no Brasil democrático, que permitem analisar o grau de observância e incorporação dessas políticas locais na formulação da atual política de atenção básica do SUS.

A necessária capacidade de incorporar processos histórico-sociais e tecnológicos particulares na formulação de políticas públicas nacionais

No estado de São Paulo, em 1968, décadas antes do SUS, uma importante reforma foi desenvolvida pela Secretaria de Estado da Saúde, que orientou a organização tecnoassistencial da APS, com a implantação e expansão da rede de Centros de Saúde, em articulação com escolas médicas, influenciadas pelos movimentos de Medicina Integral, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária. Tomou-se como modelo de organização desses serviços, a "Programação

em Saúde", que recebeu em décadas posteriores críticas e reformulações.[10]

As experiências da gestão pública na saúde nas cidades de Santos/SP e Niterói/RJ podem ser emblemáticas para a reflexão aqui proposta, pois são reconhecidas como gestões pioneiras e inovadoras na fundação do SUS. Contaram com a participação de importantes atores sociais integrantes do movimento da reforma sanitária e desenharam modelos tecnoassistenciais específicos, de acordo com as respectivas concepções tecnológicas e as dinâmicas e necessidades locais, aqui destacadas a concepção da APS e sua inserção na organização do sistema de saúde.

A administração pública santista em 1988, sob a égide da "Constituição Cidadã" e no momento de implantação de um novo Sistema de Saúde, assume o compromisso de implantar políticas públicas que combatam a exclusão social e a pobreza da população do município. É dessa perspectiva que a área da saúde é eleita como prioritária. Destacam-se nessa política as que são direcionadas para Saúde Mental e Aids.[2]

Em relação à organização dos serviços de saúde, temos "...a montagem de uma rede hierarquizada de saúde, com atendimento inicial do paciente através das unidades básicas de saúde e seu encaminhamento, se necessário, para os serviços mais complexos e especializados. Assim, foram criadas as *policlínicas*, que atenderiam em quatro modalidades: clínica geral, ginecologia e obstetrícia, cardiologia e pediatria (p.91)".[2]

Nesse modelo as "Policlínicas" foram formuladas como modelo estratégico de APS, possibilitando a garantia do acesso aos serviços e ao cuidado de saúde na APS. Essa modalidade foi entendida como contraponto às unidades "pré-SUS", isto é, os Postos de Saúde, os Centros de Saúde e os Postos de Atendimentos Médicos.[2,19]

Na cidade de Niterói, o modelo de organização do sistema local de saúde, orientado pela APS, baseou-se na experiência cubana do Médico de Família. Em 1992, implantou-se o "1° módulo do Programa Médico de Família (PMF)" na cidade.[14]

A característica geral desse modelo é que o PMF faz parte do processo de trabalho de uma Unidade Básica de Saúde da área de abrangência, que conta com uma equipe composta por clínico geral, pediatra, ginecologista e obstetra, sanitaristas e outros. As policlínicas nesse sistema são concebidas como unidades especializadas de referência para a APS.[6]

Mais recentemente, em 2001, a cidade de São Paulo, a maior metrópole da América Latina e detentora de um complexo mercado público e privado na saúde, faz sua inclusão no SUS. Há naquele momento uma nova reorganização da gestão pública, assumindo experiências de serviços de APS municipais orientados pelo modelo da "Programação em Saúde" e outros sob gerenciamento estadual, alguns deles já na modalidade PSF – projeto Qualis. Há uma expansão do PSF como modelo de APS. Desde então, no munícipio, as Unidades Básicas de Saúde estão organizadas segundo três modelos tecnoassistenciais – "Programação em Saúde", Estratégia Saúde da Família e as que operam com os dois modelos anteriores.[15,16]

Considerações finais

A opção política no Brasil na adesão da APS, ao se filiar à escola da universalidade da atenção à saúde, 25 anos após o início da implantação do SUS enfrenta até os dias de hoje desafios que advêm de duas vertentes: uma delas, vinculada à história do sistema de saúde no país, que tem como herança enormes desequilíbrios na distribuição dos recursos de saúde (equipamentos, recursos humanos e capacidade de financiamento dos sistemas

locais de saúde); outra, vinculada à atual conjuntura de crise econômica global, que afeta nosso modelo de desenvolvimento, e aos traços neoliberais que marcam nossa política econômica.[11]

Dessa forma, a expansão da APS – centrada no modelo Saúde da Família – encontra-se sufocada quanto à capacidade de cobrir a integralidade da atenção à saúde da população, dada a falta de investimentos nos níveis de atenção de maior complexidade. Além disso, devido às restrições financeiras e ao discurso ideológico do "tamanho do Estado", verifica-se a tendência a substituir, no sistema público estatal, inclusive no nível da APS, a administração direta por contratação de organizações sociais de direito privado, mas de relevância pública (OSCIPS), na gestão das unidades de serviços.

Verifica-se, assim, um transplante da racionalidade privada para o interior dos serviços públicos estatais, já que esses contratos são feitos por metas a serem atingidas, às quais correspondem um volume de recursos específicos, e os trabalhadores de saúde não se vinculam mais diretamente ao Estado. Num primeiro momento, o mais evidente que vem à luz é a alta rotatividade dos profissionais da saúde pelos serviços e seu não vínculo com a clientela que atende, um dos fatores centrais na APS.

Dessa forma, a APS como estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde do sistema de saúde brasileiro vê-se asfixiada pela dificuldade do papel de regulação do Estado, seja dos serviços privados, seja dos serviços públicos de saúde. Não obstante, os avanços na extensão de cobertura e aqueles revelados pelos impactos positivos sobre os indicadores de saúde reafirmam sua relevância (crítica) como estratégia de implantação do SUS e como defesa da universalidade com integralidade e equidade no acesso à saúde.

Referências

1. Ase I, Burijovich J. La estratégia de atención primaria de la salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud Colec. 2009; 5(1):27-47.

2. Barreto Junior IF. Poder local e política: a saúde como locus de embate na cidade de Santos-SP [tese de doutorado] São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2005.

3. Borkan J, Eaton CB, Novillo-Ortiz D, Corte PR, Jadad AR. Renewing primary care: lessons leanned from the Spanish Health Care System. Health Affairs. 2010; 29(8):1432-41.

4. Bull-Aina JÁ, Mira-Solves JJ. Las características del sector sanitário. Tendencias del sistema sanitário español en el marco de La Unión Europea. Rev Psicol Salud. 1996; 8(1):3-22.

5. Carneiro Junior N, Gené-Badia J. La atención primaria catalane vista desde la reforma brasileña de salud. Atenc Prim. 2011; 43:611-16.

6. Cohen MM. Programa médico de família de Niterói (RJ): uma alternativa urbana do programa saúde da família. Saúde Debate. 2002; 26(61):186-97.

7. Cohn A , organizadora. Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: Cedec, 2009.

8. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-625.

9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília (DF); 2006.

10. Mota A, Schraiber LB. Atenção primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. Saúde Soc. 2011; 20(4):837-52.

11. Ocké-Reis CO. SUS: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

12. OMS – Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Genebra: OMS; 2008.

13. Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: UFBA; 2006. p. 49-78.

14. Senna MCM, Cohen MM. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. Ciênc Saúde Col. 2002; 7(3):523-35.

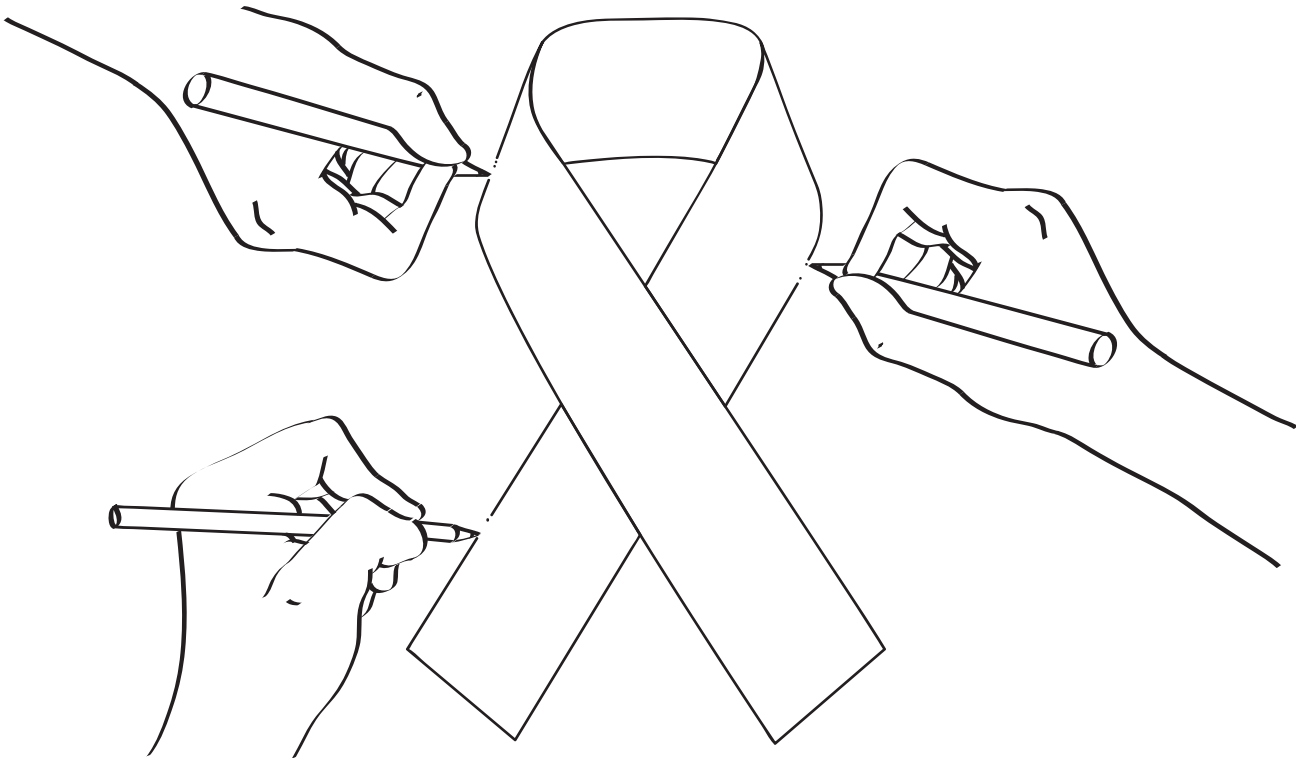
15. Silva JA, Seixas PHD'A, Marsiglia RMG (orgs). Os sujeitos do PSF na cidade de São Paulo. São Paulo: Cealag-Memnon, 2011. Vol.1. (OBSERVARHSP: estudos e projetos).

16. Silva JA, Seixas PHD'A, Marsiglia RMG (orgs). Atenção básica em saúde em São Paulo. São Paulo: Cealag-Memnon, 2012. Vol 2. (OBSERVARHSP: estudos e projetos).
17. Sousa MF, Hamann EM. Programa saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta? Ciênc Saúde Col. 2009; 14(Supl. 1):1325-35.
18. Starfiel B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Fidelity Translations, tradutor. Brasília (DF): Unesco; Ministério da Saúde; 2002.
19. Valadão MM. Policlínicas. In: Campos FCB, Henriques CMP, organizadores. Contra a mare à beira do mar: a experiência do SUS em Santos. São Paulo: Página Aberta; 1996. p. 87-90.
20. Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 531-62.
21. Viana ALA, Fausto MCR. Atenção básica e proteção social: universalismo *x* focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: Viana ALA, Elias PEM; Ibañez N, organizadores. Proteção social: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 150-67.

O contexto político e social do nascimento do Programa de AIDS em São Paulo: a construção de um serviço de saúde pública[1]

The political and social context of the creation of the AIDS program in São Paulo: the construction of a public health service

Lindinalva Laurindo Teodorescu[2] *Paulo Roberto Teixeira*[3]



[1] Esse texto foi extraído do livro, **Histórias da AIDS no Brasil – 1983-2003**, Laurindo Teodorescu, L. e Teixeira, P.R, (em fase de publicação) e foi apresentado no evento "Programa Estadual de AIDS-SP: 30 anos de respostas positivas no enfrentamento da epidemia de HIV /AIDS no estado de São Paulo, em outubro de 1013.

[2] Lindinalva Laurindo Teodorescu (teosilvasp@gmail.com) é socióloga e doutora em Sociologia pela École des Hautes Études en Sciences Sociales, de Paris (França).
[3] Paulo Roberto Teixeira (pteixeira@crt.saude.sp.gov.br) é médico e consultor sênior do CRT-DST/AIDS.

A implantação do Programa de AIDS do estado de São Paulo, em 1983, quando surgiram as primeiras manifestações da epidemia foi, sem dúvida, um fator fundamental para o sucesso e eficácia da resposta brasileira à epidemia de AIDS.

Porque foi pioneiro, e no pioneirismo não existe referência a seguir, o Programa de São Paulo imprimiu uma estratégia de saúde pública ousada, respeitando os direitos fundamentais do paciente e combinando atuação governamental e não governamental, que viria a ser o modelo para a implantação de programas de AIDS em todo o Brasil.

É importante insistir que grande parte da eficácia das políticas públicas depende das ações de pessoas, nem sempre renomadas, e da contingência em que as ações governamentais são aplicadas.

No caso da AIDS, em um contexto de abertura política, o fato de as intervenções sobre a epidemia ter recaído nas mãos de pessoas com ideias inovadoras, em vários setores da sociedade e do governo, foi fundamental para uma resposta precoce e abrangente ao que veio a se constituir uma grande epidemia.

O contexto institucional em São Paulo

No início dos anos 1980, as ideias da reforma sanitária, movimento que surgiu nas décadas de 1960 e 1970, ganhavam força com o processo de abertura política e o debate pela democratização da saúde[IV]. Data desse período, a admissão de um número importante de médicos sanitaristas, mas também de sociólogos e estatísticos, educadores, biólogos e outros profissionais, reforçando a multidisciplinaridade nas ações de saúde pública.

Em 1983, ano em que foi criado o Programa Estadual de AIDS, Franco Montoro venceu as primeiras eleições diretas para governador do estado, desde a instalação da ditadura militar no país e nomeou João Yunes, docente da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP, para a Secretaria de Saúde de São Paulo.

Com João Yunes teve início um amplo debate por uma democracia interna à instituição, nunca vivido por muitos daqueles que se engajaram no movimento sanitário.

Existia certa efervescência e uma forte movimentação em torno de questões políticas e de saúde. As estratégias a serem adotadas pela secretaria eram debatidas por todas as equipes e pelo secretário de Saúde e seu gabinete.

Bastante aberto ao diálogo, João Yunes com frequência participava das reuniões no auditório da Secretaria da Saúde, promovidas pelo CIS (Centro de Informação de Saúde). Bem-humorado, diante das inúmeras reivindicações dos técnicos da saúde, costumava dizer: “Gente, democracia tem limite”. Isto porque, para os funcionários que participavam dos debates sobre as políticas públicas de saúde parecia não haver esse limite. Existia uma urgência de tudo fazer. Cada um sentia que estava forjando ali mesmo, no dia a dia, a Reforma Sanitária e a Democracia no país.

A Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde vivia o mesmo entusiasmo. Estava com todo o gás e já havia iniciado o atendimento de pacientes com Doenças Sexualmente Transmissíveis no seu Serviço de Elucidação Diagnóstica que, até então, só recebia casos de hanseníase.

O cenário nacional também era favorável a mudanças. Nesse ano começou a ser implementada pelo governo federal a estratégia das Ações

[IV] ESCOREL, S. Reviravolta na Saúde Pública: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro, Editora Fio cruz, 1999, pps.19 e 20.

Integradas de Saúde, AIS[V], no Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, criado em 1980. As AIS já previam a participação de representantes da comunidade nos debates de saúde[VI].

Foi nesse contexto que, de maneira informal e espontânea, em junho de 1983, um grupo de homossexuais, acompanhado da médica Valéria Petri, procurou o gabinete do Secretário da Saúde do Estado para cobrar medidas contra a doença que surgira nos Estados Unidos. Já havia dois casos diagnosticados em São Paulo, pela Dermatologista Valéria Petri, o que provocava grande inquietação na comunidade homossexual. O grupo foi recebido pelo diretor de Epidemiologia da Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria da Saúde e sua equipe da área de educação em saúde.

O fato de o grupo ter-se dirigido à Secretaria da Saúde e a boa receptividade da equipe de Epidemiologia vieram agilizar a criação do Programa Estadual de AIDS de São Paulo.

O engajamento dos homossexuais por seus direitos de cidadania

Em 1983, havia um forte movimento pelas liberdades individuais dos homossexuais. Os locais de encontro homossexual floresciam em algumas cidades do Brasil[VII] e, em São Paulo, a casa noturna Off, do jornalista Celso Curi, era a expressão mais badalada das noites paulistanas e ponto de encontro da elite gay. Havia outros, como o Homo Sapiens, o Nostro Mondo e a Medieval.

Na verdade, os homossexuais estavam apostando na conquista de novos espaços de sociabilidade porque o movimento organizado estava minado por divergências entre membros dos diferentes grupos[VIII]. O Jornal Lampião da Esquina, que tivera grande penetração no meio homossexual, no final dos anos 1970 e início de 1980, teve seu último número publicado em junho/julho de 1981 e o Grupo Somos de São Paulo, que foi o primeiro grupo de defesa dos direitos dos homossexuais no Brasil, se desfez em 1982[IX]. Neste mesmo ano, o SOMOS do Rio de Janeiro enfrentou uma crise e também se dividiu.

O surgimento da AIDS pegou os homossexuais de surpresa e aconteceu justamente no momento em que os homossexuais estavam bastante desarticulados e desprovidos de meio próprio de comunicação, já que o Jornal Lampião não mais existia.

Foi por temer uma caça às bruxas aos homossexuais, já evidenciado em algumas comunicações sobre a nova doença denominada então de câncer gay, que alguns intelectuais paulistas pertencentes ao grupo decidiram procurar o Secretário da Saúde para pedir providências contra a AIDS. O que antecipou a ida deles à secretaria foi terem participado de uma palestra com o médico Ricardo Veronezi, reputado infectologista, titular da disciplina de Doenças Infecciosas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Nela, Veronezi abordou a questão

[V] As Ações Integradas de Saúde (AIS) foram implementadas com base nos seguintes princípios gerais: "responsabilidade do setor público, integração interinstitucional a partir do eixo central do setor público, definição das propostas a partir do perfil epidemiológico, regionalização e hierarquização de todos os serviços públicos e privados, valorização das atividades básicas, e garantia de referência, utilização prioritária e plena da capacidade potencial da rede pública, descentralização do processo de planejamento, e administração, planejamento da cobertura assistencial, desenvolvimento dos recursos humanos e o reconhecimento da legitimidade da participação dos vários segmentos sociais em todo o processo". ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde Pública: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1999, p. 185.

[VI] Esse ambicioso projeto com vistas à ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde conduziu a oitava Conferência Nacional de Saúde de 1986. Esta, por sua vez, levou à criação e implantação do SUS, pela Constituição de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde de 1990.

[VII] Para uma explanação do florescimento do comércio e de pontos de encontros gay no início da década de oitenta ver, MacRae, E., "Em defesa do gueto", Novos Estudos CEBRAP, São Paulo, v.2, 1, p.53-60, abr. 1983.

[VIII] Idem.

[IX] Cf. MacRae, E., **A Construção da Igualdade - Identidade sexual e política no Brasil da Abertura.** São Paulo: Editora da Unicamp, 1990.

da AIDS denunciando a promiscuidade homossexual e sustentando um discurso bastante homofóbico e alarmista, que punham em risco as conquistas destas pessoas.[X]

A criação do programa de São Paulo na Divisão de Dermatologia Sanitária

A visita de homossexuais à Secretária de Saúde não passou despercebida aos profissionais daquela instituição. Ao contrário, criou-se certo tumulto em torno da reunião. Era o assunto mais comentado do momento no seio da Secretaria.

Ao tomar conhecimento da mobilização para a Secretaria criar um serviço de AIDS, Paulo Teixeira lembrou aos técnicos envolvidos com a discussão que a Divisão de Dermatologia estava iniciando um serviço de Doenças Sexualmente Transmissíveis e que muitos dos usuários tinham um perfil social e epidemiológico semelhante aos daqueles atingidos pela AIDS.

O grupo técnico sugeriu então que esse serviço se tornasse também referência para as atividades de enfrentamento da epidemia no estado de São Paulo, o que o Secretário Yunes aceitou prontamente.

A grande mobilização dos profissionais e a designação de uma unidade para coordenar de forma centralizada as atividades de AIDS no estado permitiram que a epidemia nascente fosse tratada com muita agilidade. Diversas equipes multidisciplinares se formaram para enfrentar a nova doença, nas áreas de vigilância epidemiológica, assistência ambulatorial, hospitalar e laboratorial e de informação e comunicação, envolvendo sociólogos, assistentes sociais, médicos, biólogos e educadores.

Assim, no início de agosto de 1983, menos de dois meses depois da reunião dos homossexuais com a equipe da Epidemiologia da Secretaria da Saúde, quando São Paulo contava com apenas quatro casos registrados tiveram início as atividades do Programa de AIDS do estado, no Serviço de Elucidação Diagnóstica da Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde.

Foi uma das primeiras experiências na área de saúde pública a envolver imediatamente representantes da comunidade mais atingida na elaboração de um diagnóstico de situação e na formulação de projetos de intervenção.

O Programa de São Paulo foi não só foi uma intervenção precoce para conter a epidemia, como abriu espaço para que o ativismo gay, que estava desorganizado, se mobilizasse em torno da Secretaria da Saúde, como reconhece Jean Claude Bernardet: “Começou a haver essas reuniões. Houve várias reuniões. O Paulo Teixeira estava tentando dar informações mais precisas. Precisávamos de informações, alguma coisa precisava ser feita, agora o que precisava ser feito nós não tínhamos claro. Não lembro nem do Edward, nem do Trevisan, nem do Darcy Penteado ter a ideia de um programa ou de etapas. Acredito que tudo isso tenha vindo do Paulo Teixeira e das pessoas que o cercaram. Esse grupo, além da sua função de troca de informações, acabou fazendo com que essas pessoas se juntassem e se sentissem talvez um pouco mais fortalecidas, não tão à mercê de algo que elas desconheciam totalmente” [XI].

Do final de 1983 e durante todo o ano de 1984, uma série de palestras e debates semanais, abertos ao público, foi organizada pelo Instituto de Saúde. Representantes dos homossexuais, mas

[X] Jean-Claude Bernardet, 26 de maio de 2003.

[XI] Jean-Claude Bernardet, 26 de maio de 2003.

também dos hemofílicos e dos talassêmicos e pessoas imbuídas somente do espírito de solidariedade para com os doentes participavam das reuniões.

Nessas reuniões o discurso conservador, moralista e higienista de alguns médicos começou a ser desconstruído, para dar lugar ao discurso fundado na solidariedade e nos direitos fundamentais do paciente. Ali começou a nascer o movimento social organizado da AIDS no Brasil, que pouco tempo depois, em 1985, deu origem ao GAPA-SP (Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS).

Gradualmente, as ações do Programa em vigilância epidemiológica, assistência ambulatorial, hospitalar e laboratorial e educação e informação, foram incorporadas no cotidiano da coletividade. Instituições de saúde de diferentes níveis de complexidade, assim como grupos da sociedade civil passaram a atuar para o controle da epidemia de AIDS, segundo suas possibilidades.

As vozes discordantes

A criação do Programa não foi aceita imediatamente por todos. Existiam vozes discordantes, e muitas.

Diante dos desafios que a nova doença trazia, alguns ativistas homossexuais, como Nestor Perlonguer, Herbert Daniel e João Antonio Mascarenhas, negaram o perigo da AIDS porque temiam a demonização da comunidade homossexual e a normatização da sexualidade.

O desejo e o direito à morte entraram no debate da AIDS. Nestor Perlonguer rotulava o discurso preventivo de "mensagem moral da ideologia médica de controle da vida e de confiscação da morte"[XII].

A atitude desses ativistas estava longe de ser paranoica e se baseava em fatos reais. O cardeal arcebispo do Rio de Janeiro, D. Eugênio Sales, por exemplo, declarou em um artigo publicado no Jornal do Brasil, em julho de 1985, que a AIDS era um castigo divino contra a devassidão sexual que vinha se manifestando na sociedade moderna, particularmente entre homossexuais.

Muitos sanitaristas também se colocaram contra o programa, mas por motivos diferentes. Achavam que um programa de AIDS não se justificava do ponto de vista epidemiológico. O número de doentes notificados era pequeno e a doença estava circunscrita a um segmento social. Questionavam também o caráter vertical do Programa.

Estes sanitaristas não atuaram de forma isolada. Outros setores da área de saúde, do governo federal, da imprensa e da sociedade civil também se manifestaram contra a criação do programa.

Em 14 de setembro de 1983, por exemplo, a revista Veja anunciou a criação do serviço de atendimento por telefone e o tom da matéria foi irônico e denunciador. Na opinião da revista, a linha telefônica, chamada Disk-AIDS, seria mais adequada para Nova York do que para o Brasil, já que o problema de saúde em nosso país estava relacionado à pobreza. Dizia também que o serviço inaugurado era equivalente a uma unidade de transplante cardíaco no agreste de Pernambuco[XIII].

José da Rocha Carvalheiro, na época diretor da Coordenadoria de Serviços Técnicos da Secretaria, lembra que o impacto da matéria ameaçou a continuidade do programa nascente. Segundo ele, a matéria sobre o disk-AIDS causou uma reação de ironia, de gozação e de ridicularização do Programa de AIDS. "Tentaram desvalorizar o

[XII] Perlongher, N., O fantasma da AIDS – Seminário Foucault – Cadernos do IFCH, Unicamp, 1985, mimeografado, p. 6.

[XIII] Revista Veja N° 784 – 14 de setembro de 1983.

programa, a Divisão do Paulo Teixeira e o Instituto de Saúde e, portanto a própria Secretaria. Foi uma ironia tão contundente, tão arrasadora, que foi pedida a cabeça do Paulo Teixeira. O governador de certa forma pediu a cabeça do coordenador. Eu enfatizo a firmeza com que o João Yunes e eu próprio apoiamos o trabalho sério que o programa vinha desenvolvendo"[XIV].

O apoio ao Programa e a reação das igrejas

Apesar dessas vozes discordantes, é bom que se registre, a maior parte da imprensa, na época, manifestou apoio ao programa. A revista Isto É, por intermédio da jornalista Letânia Menezes, e a Folha de S. Paulo, com o aval do editor Dácio Nitrini, apoiaram a iniciativa e foram fundamentais na divulgação de informações corretas e não alarmistas sobre a epidemia.

Do mesmo modo, no estado de São Paulo, não se observou uma reação conservadora por parte das diferentes religiões e credos.

A Igreja Católica, por exemplo, sob a liderança do cardeal arcebispo de São Paulo, Dom Paulo Evaristo Arns, desde o início manifestou solidariedade às pessoas afetadas e às iniciativas governamentais. Quando um sacerdote muito conhecido na arquidiocese morreu vítima da AIDS, D. Paulo foi incisivo. Reuniu os padres e disse: 'rezem publicamente por ele'. "Não era para defender porque tinha um padre com HIV, ou justificar, mas rezar publicamente por ele", conta o Padre Julio[XV].

Nesse momento, os evangélicos não entraram publicamente no debate. Mas, ainda no final da década de 1980, quando surgiram os primeiros casos de AIDS na comunidade, as igrejas Protestantes históricas e Pentecostais brasileiras passaram a investir na luta contra a AIDS, organizando grupos de solidariedade aos doentes, criando casas de apoio para pacientes em situação de precariedade social e serviços de informação para as comunidades, a exemplo da Entidade Ecumênica de Serviço Koinonia, fundada por Anivaldo Padilha, em 1995 .

Da mesma maneira, observou-se intenso envolvimento de adeptos das religiões de matizes africanos, como o candomblé, nas ações de prevenção e na criação de casas de apoio para pacientes de AIDS, em vários estados do Brasil. A primeira Casa de Apoio para crianças com HIV/AIDS do Brasil, o Centro de Convivência Infantil Filhos de Oxum, foi fundada e dirigida pelo pai de santo Laércio Zaniquelli, em 1988, em São Paulo.

A comunidade judia teve participação discreta na luta contra a AIDS, mas foi grande o envolvimento do rabino Henry Sobel, presidente do Rabinato da Congregação Israelita Paulista, atuando de forma política, promovendo a prevenção e reivindicando a assistência adequada aos doentes.

Os desafios da equipe do nascente Programa de AIDS

Infelizmente, apesar da mobilização precoce, a epidemia se mostrou avassaladora. O que foi perda, dor e sofrimento, principalmente para os familiares, companheiros, amigos, e profissionais da saúde, para outros foi a oportunidade de manifestar ignorância e temores que conduziram ao estigma e à discriminação das pessoas afetadas e que muitas vezes se estendiam aos profissionais que atuavam com os pacientes.

Nesta primeira etapa, só trabalhava com AIDS quem tinha um grande envolvimento emocional com os doentes, muito perto da militância.

[XIV] José da Rocha Carvalheiro, 23 de maio de 2003.
[XV] Padre Julio Lancelotte, 06 de outubro de 2003.

Para a equipe do nascente programa tudo era um aprendizado, como conta a médica Valquíria Pinto, infectologista responsável pelo ambulatório do serviço de Elucidação Diagnóstica. "Eu nunca tinha visto um caso de AIDS, nós nunca tínhamos visto um caso de AIDS, eu usava a minha experiência de infectologista, eu passava em revista na minha cabeça todas as patologias que eu conhecia, para ver se aquele caso podia ser suspeito de AIDS. Foi um desafio grande assumir dar um diagnóstico ou não de AIDS, com base na experiência prévia, porque na verdade a experiência da AIDS estava sendo adquirida naquela hora[XVI]".

Do mesmo modo, Rosana Del Bianco, que na época estava terminando o terceiro ano de residência médica na unidade de terapia intensiva do Hospital Emílio Ribas, relata sua experiência com o primeiro paciente de AIDS ali hospitalizado, no final de 1983. "Seu quadro evoluiu de forma exuberante. Muito emagrecido, desenvolveu um quadro com todas as doenças oportunistas relacionadas à AIDS. Seu caso foi documentado, fotografado e sua necropsia foi retratada em slides que circularam em todo o Brasil. "Ele foi um símbolo, um exemplo que ensinou o Brasil inteiro, diz Rosana[XVII]".

Com o aprendizado oferecido por este primeiro paciente, médicos do programa saíram falando de AIDS pelo Brasil afora. Uma nova geração de médicos nascia com a nova doença. Tornavam-se especialistas e ensinavam a AIDS aos seus decanos. Nos congressos de infectologia e saúde pública, grandes nomes, professores e doutores distintos sentavam-se nas primeiras filas para ouvir médicos recém-formados, muitos saídos da residência[XVIII], discorrer sobre AIDS.

O espírito democrático, o compromisso com a saúde pública, a articulação com a comunidade e a transparência no trato de questões delicadas como sexo, droga e morte foram fatores fundamentais que garantiram a implantação e o fortalecimento do Programa de AIDS do estado de São Paulo.

A sinergia entre os movimentos pela reforma sanitária e de afirmação de identidades sociais, no contexto de abertura política, fundamentou a organização de uma resposta nacional que obteve êxito no controle da epidemia. Entretanto, isto só foi possível porque, apesar de graves e evidentes limitações, o Brasil dispõe de um sistema organizado e hierarquizado de saúde pública. Sistema que foi amplamente fortalecido com a criação e implantação do Sistema Único de Saúde SUS, pela Constituição de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde de 1990.

As ações assistenciais relacionadas à AIDS ocorreram de forma centralizada no ambulatório do Instituto de Saúde e em grandes hospitais públicos e universitários, principalmente no Hospital Emílio Ribas. A porta de entrada dos casos suspeitos também se dava em ambulatórios e serviços hospitalares da rede pública e privada de média ou alta complexidade.

As primeiras ações de diagnóstico e acompanhamento em Unidades Básicas de Saúde ocorreram a partir do final da década de 1980 nos municípios de São Paulo, Santos e Ribeirão Preto. Todavia, as primeiras atividades normatizadas atribuídas como responsabilidade da rede básica de saúde ocorreram a partir de 1996, com

[XVI] Valquíria Pereira Pinto, 02 de junho de 2003.

[XVII] Rosana Del Bianco, 06 de maio de 2003. Rosana Del Bianco sempre defendeu a ideia de homenagear esse paciente, dando seu nome a um hospital público.

[XVIII] Rosana Del Bianco, 06 de maio de 2003.

o início da realização de sorologia anti-HIV nos pacientes de tuberculose e no pré-natal.

Com o início da execução do acordo de empréstimo entre o Ministério da Saúde e o Banco Mundial[XIX] para fortalecer as políticas de controle da AIDS, começaram a ser implantados os SAES – Serviços de Assistência Especializada, em todo o estado de São Paulo. Apesar de ser constituído por uma equipe técnica especializada e com recursos diagnósticos de média complexidade, muitos SAES foram implantados em Unidades Básicas de Saúde de acordo com decisões das autoridades locais de saúde. Hoje existe um total de 200 SAES no estado de São Paulo.

Certo conservadorismo compromete uma política sustentável de controle da AIDS

Hoje, apesar dos avanços e de uma resposta nacional consolidada, enfrentamos riscos e ameaças para garantir uma política sustentável de controle de uma epidemia que deverá perdurar ainda por muito tempo.

Não só pelos recursos limitados da rede do SUS. Parece haver certa fragilização das equipes multidisciplinares. A carreira de médico sanitarista, tão importante no processo de democratização da saúde dos anos 1970 e 1980, foi interrompida em 1989 e hoje quase todos os sanitaristas estão se aposentando. E o sociólogo parece não ter mais a mesma importância nas ações de planejamento e elaboração das políticas públicas de saúde.

O discurso de intolerância de segmentos religiosos contra as campanhas por sexo seguro e de promoção da cidadania de grupos organizados deixam dúvida sobre a eficácia das campanhas de prevenção. Uma das críticas recorrentes que se faz hoje aos Programas de AIDS é a fragilidade da comunicação direcionada a públicos específicos, porque os governos parecem ser reféns de grupos religiosos.

O estado laico não pode permitir que convicções religiosas interfiram nas políticas públicas, principalmente na área da saúde. A educação sexual nas escolas, o acesso aos meios de prevenção, para evitar os riscos sexuais como a gravidez precoce, as DST e AIDS, devem ser uma prioridade de saúde pública, isentas de interferências dessa natureza.

Essas dificuldades de comunicação têm gerado ruídos na interlocução entre o governo e a sociedade civil e constituem sem dúvida um dos desafios não somente do Programa de AIDS do Estado de São Paulo, mas de todo o Brasil.

Bibliografia

1. Escorel S. Reviravolta na Saúde Pública: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro:Fiocruz; 1999.
2. Perlongher N. O fantasma da AIDS. In: Seminário Foucault. Cadernos do IFCH, Unicamp, 1985, mimeografado, p. 6.
3. MacRae E. Em defesa do gueto. Novos Estudos CEBRAP 1983;.2(1):53-60.
4. MacRae E. A Construção da Igualdade: identidade sexual e política no Brasil da Abertura. São Paulo: Unicamp; 1990.

[XIX] O acordo de empréstimo com o Banco Mundial foi assinado em outubro de 1993 e o início da sua execução se deu a partir de janeiro de 1994. O acordo incluía diferentes componentes técnicos, como Vigilância epidemiológica, Desenvolvimento Institucional, Intervenção (Prevenção), Assistência, Apoio a projetos de ONGs, Centro de Orientação e Apoio Sorológico Gratuito e Anônimo do Brasil, AIDS no local de Trabalho, Prevenção entre Usuário de Drogas Injetáveis, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Rede Laboratorial, além de outros procedimentos administrativos.

Repercussões Psicossociais do Trabalho em Saúde

Psychosocial Consequences of Work in Healthcare

Maria Luisa Sandoval Schmidt[1]

[1] Maria Luisa Sandoval Schmidt (maluschimidt@terra.com.br) é psicóloga e Professora Titular do Instituto de Psicologia - USP

As condições e situações de trabalho em saúde e suas repercussões psicossociais, bem como a indicação de ações para proteger e promover a saúde dos trabalhadores foram objetos do seminário realizado na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em maio de 2012, sob o nome "Repercussões psicossociais e gestão do trabalho em saúde", sob a coordenação dos professores Francisco Antônio de Castro Lacaz e Virginia Junqueira.

De minha participação naquele seminário resultou o presente texto que, focalizando a saúde mental, procura auxiliar o debate em duas frentes: 1) a larga esfera de problemas envolvendo a identificação das relações ou ligações entre situações de vida e de trabalho e agravo ou sofrimento mental; 2) as práticas e ações de proteção e promoção de saúde (mental) de trabalhadores da saúde.

Para tanto, começarei fazendo uma breve referência ao lugar do trabalho na constituição dos indivíduos e às características do trabalho contemporâneo, desenhando, em linhas gerais, o quadro em que os agravos à saúde se apresentam. Em seguida, buscarei descrever, a partir das figuras da fadiga, da servidão e da humilhação, formas ou modos do sofrimento associados às dinâmicas do trabalho e do desemprego. E, por fim, abordarei ações e práticas visando tanto a identificação e compreensão dos agravos, quanto modos de com eles lidar, tendo em vista a proteção dos trabalhadores e a prevenção da intensificação e cronificação do sofrimento.

O trabalho na vida e o mundo do trabalho

O trabalho, em nossa sociedade, é central na vida dos indivíduos e das coletividades. É central não apenas para a sobrevivência, como garantia das condições materiais para viver, mas, sobretudo, é fundamental para a constituição social, cultural e psicológica dos indivíduos e grupos. O trabalho forma e transforma cada um de nós, no presente e ao longo da vida, sendo uma referência importante para a identidade pessoal e coletiva na qual nos reconhecemos e nos singularizamos. É, também, referência importante nas crises e nos momentos de ruptura em que a ausência do trabalho, o desemprego ou a insatisfação laboral ameaçam o sentido de nossa existência pessoal e com os outros.

Imagens e significados do trabalho encontram, nos indivíduos e em seus agrupamentos, pontos de ancoragem e de realização: a produção de bens materiais e imateriais e os processos de transformação física e espiritual implicados no trabalho abrigam sentidos, conflitos, contradições, prazeres e sofrimentos, desejos e motivações que expressam, a um só tempo, dimensões sociais e econômicas que definem modos de produção e adesões e resistências a esses modos de produção, por parte dos trabalhadores.

O trabalho forma os trabalhadores e é por eles formado; o trabalho pode significar emancipação, saúde e vitalidade, sendo ação criativa e criadora e, paradoxalmente, pode significar opressão, sofrimento e paralisação, em sua vertente maquinal e alienada.

Para complicar, a experiência do trabalho se singulariza em cada trabalhador, numa mistura de elementos de afirmação e negação cuja compreensão é particularmente importante e necessária quando se quer atentar para as repercussões psicossociais de formas de gestão do trabalho no mundo contemporâneo.

Os modos de apropriação do trabalho — e suas inúmeras nuances entre a alienação, a resistência e a criação — indicam condutas e atitudes dos trabalhadores na relação com formas de gestão cujas características precisam ser

conhecidas e denunciadas como origem ou fonte de adoecimento e sofrimento.

A produção capitalista, desde a Revolução Industrial, criou modelos para se adaptar e permanecer forte, dominante. Atualmente, vivemos o predomínio de um modelo cujas características são: a precarização dos contratos, levando a uma grande instabilidade dos trabalhadores em relação à garantia do emprego, das condições de trabalho e de direitos; a exigência de polivalência, obrigando os trabalhadores a ampliar de maneira intensa suas habilidades e competências e a assumir responsabilidade cada vez maior e individualizada por um número diversificado de tarefas; a cobrança de metas e de níveis de excelência em sua execução acima do que seria tolerável ou razoável.

Esse modelo, em princípio voltado para o setor produtivo (indústrias, por exemplo), vem sendo transportado para o setor de serviços. Isso quer dizer que trabalhadores da saúde ou da educação vêm sendo submetidos à mesma lógica de exigências e avaliações acima descritas.

Para o campo da saúde do trabalhador é importante buscar esclarecer e determinar as relações entre essas maneiras de organizar e administrar o trabalho e as formas de adoecer e sofrer vividas pelos trabalhadores.

Há situações em que essas relações entre trabalho e sofrimento foram ficando mais claramente estabelecidas. Por um lado por causa de sua maior evidência, como no caso dos acidentes de trabalho ou naqueles de agravos por intoxicação química, por exemplo. Por outro pela mobilização e ação política em defesa de condições de trabalho mais protegidas quanto a esses aspectos físicos, ambientais, por assim dizer.

No entanto, para o sofrimento mental, expresso no plano afetivo, emocional e moral, parece mais difícil que essas relações se comprovem de maneira objetiva como querem alguns.

O estabelecimento de conexões entre situação de vida e de trabalho e sofrimento mental pede o conhecimento das formas de gestão e, ao mesmo tempo, a compreensão da experiência dos trabalhadores em sofrimento.

Essa articulação entre descrição das condições de trabalho e aproximação daquilo que vivem os trabalhadores tem sido de grande interesse para esclarecer as dimensões psicossociais do sofrimento mental. Essa abordagem é importante porque permite esclarecer que aquele trabalhador que sofre a ponto de expressar um "quadro psicopatológico", ou seja, a ponto de "pirar" ou "enlouquecer", está denunciando não uma fraqueza ou tendência individual, mas uma condição de trabalho que afeta coletivamente os trabalhadores.

Histórias de vida e condições de trabalho: estabelecendo relações

Para conhecer as trajetórias de vida e de trabalho e, também, as condições de trabalho em que a trajetória de cada trabalhador se deu. A história de vida, para grande parte dos trabalhadores, se confunde com a própria história de labor, especialmente quando se pensa naqueles que tiveram que trabalhar desde muito cedo, jovens, para garantir seu sustento. Os significados do trabalho e as maneiras de vivê-lo deixam suas marcas no corpo e no modo de ser de cada um de nós. Ouvir a história de vida de alguém é uma maneira de tentar entender como o vivido, na esfera do trabalho, foi dando passagem ao sofrimento e aos chamados "distúrbios mentais".

Lembro-me de um homem que atendi no Serviço de Aconselhamento Psicológico do Instituto de Psicologia da USP e com quem, depois, fiz uma série de conversas sobre trabalho, desemprego e sofrimento mental. Veio procurar ajuda psicológica porque estava, assim como

sua família, muito preocupado com seu estado emocional, desencadeado pelo desemprego prolongado. Buscando, em nossa primeira conversa, compreender as raízes de sua exclusão do mercado de trabalho, retoma a história de suas escolhas profissionais que foram, em grande parte, guiadas por uma experiência negativa e dolorosa com a escola, da qual saiu, ainda criança, sem ter aprendido a ler e escrever. Elabora, então, o modo como foi, a partir das oportunidades de trabalho que o iniciaram na vida profissional, entendendo e afirmando uma vocação ou uma preferência vocacional.

Trabalhou na "roça" e depois aprendeu o ofício de pedreiro com um tio. Nordestino, migrou ainda jovem para São Paulo. Encontrou, trabalhando no setor de serviços gerais numa indústria, o tipo de trabalho e de emprego que respondia a seus anseios, necessidades e capacidades.

Em seu relato fica clara a falta que o estudo lhe fez, no entanto, fica claro também que ele foi capaz de construir uma vida profissional satisfatória, guiando-se pela avaliação sensível e inteligente de suas experiências concretas e pelo respeito a valores e aspirações.

Em sua trajetória, percebeu que a atividade na construção civil, como contratado ou autônomo, feria seus valores e aspirações, enquanto a atividade na indústria oferecia as condições de trabalho que valorizava. Ao compará-las, cita a adequação do regime de trabalho na indústria ao seu desejo de ter uma convivência familiar intensa, de planejar suas economias, de construir uma casa própria, de ter um razoável domínio e separação entre o tempo do trabalho e o tempo do lazer e do descanso e, principalmente, aquele de poder voltar para casa todos os dias. Na construção civil, ao contrário, o mais penoso era ter que permanecer longos períodos morando na obra, afastado de sua família e de sua casa, convivendo com homens com os quais não compartilhava nem ideias, nem valores.

A situação de desemprego prolongado deixou-o numa espécie de beco sem saída: por causa de sua "pouca" qualificação nos estudos, tinha dificuldade de voltar a trabalhar em indústria e o trabalho autônomo como pedreiro ou na construção civil, que se apresentava como alternativa para conseguir algum dinheiro, lhe causava extrema aversão.

Após três anos desempregado, vivendo das economias que havia guardado durante o período em que trabalhou e de eventuais "bicos", este homem detectou e nomeou uma crise emocional cujos sinais eram sua dificuldade de sair de casa, isolamento e imobilismo, combinados com "perda de visão de horizonte", em suas próprias palavras. Identificou seu estado como depressão, com a ajuda de um programa de rádio que discutia essa questão. A falta continuada de um salário, no início vivida como uma desilusão, passou a ser ameaça à sua dignidade e à estrutura de sua família, bem como à sua integridade psíquica. Por outro lado, a atividade de pedreiro, disponível para obtenção de algum provento, era de tal maneira penosa que dificilmente ele conseguia nela e com ela se manter.

A história de vida, aqui resumida, abre a possibilidade de compreender o sofrimento advindo do trabalho e do desemprego naquilo que é importante para a experiência deste trabalhador. Destaco alguns elementos que essa história permite perceber: a) a vivência da depressão como decorrência de uma apreensão aguda do sentido da vida como projeto e da ameaça que a falência do investimento no futuro representa para esse trabalhador; b) a depressão não como doença que se "pega" ao modo de uma gripe, mas como uma maneira de estar na vida, indicando necessidade de

cuidado consigo, movido pelo medo de consequências e comprometimentos irreparáveis no encaminhamento da própria vida; c) o quadro de um intenso sentimento de humilhação e de exclusão pela desvalorização da formação informal para o trabalho, a desvalorização de quem não tem estudo; d) as relações estreitas entre pobreza e restrição ao direito à escolha profissional e vocacional; entre outros.

A experiência do trabalhador, que pode ser expressa e elaborada na e pela história de vida, é fundamental para qualificar as chamadas repercussões psicossociais, dando-lhes consistência e concretude humana. Outras histórias abririam outras dimensões, enriquecendo o campo de nossa compreensão sobre esses fenômenos.

As condições de trabalho são complementares às trajetórias dos trabalhadores

De certo modo, as histórias de vida também descrevem essas condições. É conveniente analisá-las atentando, como recomenda Edith Seligmann-Silva[1], para os seguintes pontos que atingem mais diretamente a experiência cotidiana dos trabalhadores: modos de controle do trabalho e do desempenho; ritmos e exigências de produção e rendimento (metas de produtividade estabelecidas à revelia dos trabalhadores); ambiente físico; sobrecarga de tarefas e responsabilidades sem apoio institucional; estímulos à competição e não à colaboração entre pares; estilo autoritário de chefia; entre outros.

Pressão, controle autoritário, experiências de humilhação e não reconhecimento, desinformação sobre direitos formam um quadro propício à manifestação de desgaste mental e emocional.

A fadiga (cansaço, estafa ou estresse) é um sintoma significativo e um sinal de alerta para olhar as relações entre condições de trabalho e adoecimento. A presença constante do cansaço associa-se, frequentemente, à irritabilidade e, logo, a distúrbios do sono. O trabalhador entra num círculo vicioso de muito cansaço e dificuldade de relaxar, descansar e dormir. Nessa situação, passa a não ter energia nem disposição para a vida social e de lazer, isolando-se, muitas vezes, da convivência com amigos e família.

Cansaço, irritabilidade, isolamento social e distúrbios do sono constituem, como indica Edith Seligmann-Silva, uma espécie de porta de entrada ou passagem para agravos à saúde mental tais como alcoolismo, surtos psicóticos (episódios em que o indivíduo tem alucinações ou delírios), neuroses (medos intensos, depressão, somatizações, obsessões, “mania de doença”), distúrbios psicossomáticos (hipertensão arterial, úlceras, alterações digestivas), epilepsia.

Agentes comunitárias de saúde entrevistadas para uma pesquisa feita numa Unidade Básica de Saúde (UBS) da zona oeste de São Paulo se referiram a malestares como, fibromialgia, depressão, perda de memória, e dificuldade de manter a atenção, associados às condições de seu trabalho.

Estas trabalhadoras, como outros profissionais da saúde, expressam, também, por causa das características do trabalho nessa área, a necessidade de controlar a irritabilidade, assim como a de não manifestar descontrole ou fraqueza. Há, por assim dizer, uma ideia de que os profissionais de saúde não podem ou não devem ficar doentes. Sob a influência deste tipo de imagem, aqueles que se sentem mal ou enfrentam uma crise ou um colapso, muitas vezes, são percebidos e se percebem como fracos, inadequados ou não capacitados para o trabalho nessa área, agravando, ainda mais, o seu malestar.

O uso de sentimentos e valores próprios dos trabalhadores em benefício da produtividade é um instrumento potente para criar submissão e adequação. O medo de ser demitido, de não obter os direitos e de transgredir regras e normas que nem sempre são claramente definidas são, talvez, o sentimento mais manipulado e manipulável para obter o ajustamento dos trabalhadores às exigências administrativas. Algumas exigências, por outro lado, podem ferir valores, obrigando o trabalhador a agir contra os seus princípios.

A organização hierárquica de mando e a falta de autonomia para decidir e avaliar suas tarefas são, com certeza, mecanismos de controle que negam autonomia e auto-determinação aos trabalhadores. Não poder participar, opinar e decidir sobre os processos de trabalho, sendo obrigados a se submeter a processos definidos fora do âmbito de sua ação, tolhem, muitas vezes, os trabalhadores em suas capacidades intelectuais e políticas.

Experiências de humilhação e não reconhecimento do valor do trabalho que cada um realiza criam ressentimento e raiva que, não podendo se manifestar, vão se transformando, pouco a pouco, em desânimo, decepção e tristeza.

Aqui, pode ser interessante trazer, outra vez, o exemplo das agentes comunitárias da pesquisa já referida que manifestaram como fontes de sofrimento: as contradições entre as formas prescritas e a realidade do trabalho; o medo de falar na frente de médicos e mesmo de colegas; pressão velada da demissão; preconceito e desvalorização de seus conhecimentos; forte hierarquia nas equipes de PSF e na UBS; a avaliação do trabalho realizado, sempre aquém da complexidade do que efetivamente realizam; entre outras.

Fadiga, servidão ou submissão e humilhação, descritas em linhas gerais, assumem feições particulares, dependendo das situações concretas em que se encontram os trabalhadores. Parecem, contudo, figuras fecundas para ouvir e compreender as experiências dos trabalhadores nos contextos de seus trabalhos, no plano da produção de agravos à saúde mental.

Proteção e promoção de saúde (mental) no trabalho em saúde

Proteger o trabalhador do sofrimento mental e promover saúde (mental) exigem que se pense sobre o que seria proteger e promover e como fazê-lo, então, nas situações em que o trabalho em saúde se apresenta sob determinações semelhantes àquelas do trabalho produtivo em indústrias e empresas.

Um primeiro elemento nessa direção é, talvez, a necessidade de entender por meio de pesquisas empíricas e conceituais a realidade do trabalho neste setor, construindo as pontes que ligam as experiências dos trabalhadores às condições concretas de trabalho.

Nesse entendimento, ressalta-se que aquele que adoece não deve ser tomado como indivíduo fraco, portador de tendências hereditárias, inadequado para a função, mas sim como alguém que com seu sofrimento denuncia as condições de trabalho e suas possíveis consequências para a saúde (mental).

Portanto, um segundo elemento importante é deslocar o foco exclusivamente individual para o coletivo.

Deslocando o foco para o coletivo, as formas de proteção e promoção de saúde mental tornam-se objeto de uma construção que considera as situações concretas e, fundamentalmente, depende da participação dos trabalhadores. As agentes comunitárias que venho citando indicaram como principais caminhos para solução

dos problemas encontrados em sua unidade a união e a democracia. União e democracia são, para elas, o instrumento para lidar com o sofrimento e, ao mesmo tempo, aquilo que precisa ser construído nas relações institucionais. União e democracia são, assim, veículo de transformação e tarefa dos trabalhadores.

Essa visão das agentes é interessante porque aponta justamente a necessidade de participar e a necessidade de criar as condições para participar, nas instituições de saúde em que a gestão é hierárquica e autoritária.

O incentivo à existência e permanência de diversas grupalidades parece fundamental. As reuniões de equipe e supervisões são práticas a serem defendidas como oportunidade de compartilhamento das angústias e problemas do cotidiano e, também, como lugar de elaboração e avaliação dos processos de trabalho. Confrontar o isolamento dos trabalhadores e a fragmentação dos processos de trabalho é tarefa coletiva que ajuda a focalizar os problemas e seus encaminhamentos também como tarefas coletivas.

Um terceiro elemento, no plano dos serviços e práticas do campo da saúde mental, seria chamar sua atenção para a centralidade do trabalho no desenvolvimento de quadros ditos psicopatológicos e considerar que atendimentos psicológico e psiquiátrico podem se tornar um ponto de referência relativo numa rede mais ampla de recursos mobilizados para a promoção da saúde (mental).

Leitura Recomendada

1. Seligmann-Silva, Edith. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez; 2011.

A Saúde/Adoecimento do Trabalhador em Saúde: aspectos teórico-conceituais

Health / illness of health worker: theoretical and conceptual aspects

Francisco Antonio de Castro Lacaz[1]

Introdução

Na atualidade, é cada vez mais frequente, a adoção de termos como "gestão do trabalho em saúde"; "processo de trabalho em saúde", os quais eram anteriormente muito usados na discussão do trabalho industrial, conforme apontam os estudos teórico-conceituais do campo Saúde do Trabalhador.[11,14,19,20]

Esta discussão passa a ocorrer também no setor saúde e, particularmente na Atenção Básica, no que se refere à Estratégia Saúde da Família (ESF) remete à questão já apontada por Marx[22] da separação entre concepção e execução do trabalho sob o capitalismo.

Se nos anos 1950-60, como médico de família, e profissional liberal, poderia ser comparado a um artesão na medida em que manipular em seu consultório os medicamentos que prescrevia em suas receitas, a partir da década de 1970, torna-se um assalariado seja do estado, seja da iniciativa privada e seu trabalho perde a dimensão artesanal. O trabalho médico é cada vez mais mediado pela tecnologia, e a própria clientela exige que sua prática envolva medicamentos, exames, enfim, o uso de tecnologias.[8]

Trata-se do estranhamento (alienação) apontado por Marx (1980) que está relacionado ao aprofundamento da falta de controle do trabalhador sobre seu próprio trabalho, o que se relaciona com a ideia de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT)[12,16].

Se, por seu turno, for analisado o processo de trabalho das equipes de saúde que atuam na ESF, pode-se observar uma **hierarquia** de mando em que ao **gestor** do serviço ou da Unidade Básica de Saúde (UBS) cabe apontar as prioridades na forma de organizar e gerir o processo de trabalho, ou seja teve certo grau de controle sobre o trabalho da equipe, mesmo que mediado pelas orientações das muitas empresas que hoje administram as UBS com equipes da ESF e adotam a forma de gestão do trabalho preconizada pela Organização Social (OS) quanto à produtividade, metas, rotatividade e competitividade[18]

Na outra ponta do trabalho em equipe, ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) cabe **executar** as tarefas cotidianas no território junto à população, realidade esta que se caracteriza por uma total perda da capacidade de planejar ou conceber seu próprio trabalho, fazendo com que o controle que o ACS tem sobre o trabalho seja muito pequeno, o que gera sofrimento mental (e também físico) e, por fim, adoecimento[15,16].

Assim, se o artesão tinha a capacidade de planejar e executar seu próprio trabalho, com o

[1] Francisco Antonio de Castro Lacaz (f.lacaz@unifesp.br) é Professor Associado IV da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, docente do Departamento de Medicina Preventiva.

aprofundamento do capitalismo e de suas formas históricas de organização do trabalho desde a cooperação simples, passando pela maquinaria, a manufatura e a automação[6], aprofunda-se a incapacidade dos trabalhadores influírem e controlarem suas atividades na forma de trabalho **autônomo**, o qual se torna cada vez mais **heterônomo**, ou seja, definido de fora, pela gerência, o que se torna mais evidente no toyotismo, base da chamada reestuturação produtiva[1,2].

Não se pode transpor automaticamente esta maneira de entender a transformação pela qual passou o trabalho **industrial** no capitalismo para o trabalho no setor de **serviços**. Observa-se que a perda da capacidade de controlar seu próprio trabalho por parte dos trabalhadores da saúde segue o mesmo processo histórico de perda da autonomia dos trabalhadores da indústria[16].

O campo Saúde do Trabalhador (ST) e o estudo do trabalho em saúde

Do ponto de vista do estudo e da compreensão das relações entre Trabalho e Saúde, o campo de práticas e saberes denominado Saúde do Trabalhador[14] traz importante contribuição teórico-metodológica, quando o campo propõe e desenvolve uma forma de compreender tais relações a partir do conceito **processo de trabalho**. Mesmo que tal conceito esteja particularmente voltado para a investigação daquelas relações no trabalho industrial[20,21] pode ajudar na compreensão do trabalho no setor de serviços, ao exprimir o modo pelo qual o capital organiza o processo de produção para obter cada vez mais lucro mediante o aumento da produtividade e a exploração da mais–valia nos trabalhos diretamente produtivos, conforme postulado por MARX[22].

Isto posto, alguns autores indicam que um dos maiores desafios que o campo ST enfrenta é como utilizar o conceito de processo de trabalho nos estudos e investigações das atividades que envolvem o setor terciário ou de serviços[13,27].

Depara-se, pois, com a necessidade de apropriar-se dos processos de trabalho do setor de serviços, até porque é neste espaço que está alocado, hoje, o maior contingente da força de trabalho no Brasil[30]. Tal apropriação será estratégica para o desenvolvimento de estudos e pesquisas que hoje são necessárias, tanto no que se refere ao trabalho em saúde como em educação[4] e, aqui, o marco teórico coloca-se como uma questão central[15].

Ainda do ponto de vista conceitual, a base teórica para a investigação sobre a saúde dos trabalhadores da saúde, nos dias que correm, deve situar-se nos limites da reorganização do trabalho de cunho neoliberal à qual são submetidos hospitais e outros serviços de saúde e que tem como marca um

> *(...) novo paradigma (...) de reorganização flexível do trabalho. (...) iniciado nos anos 1980 como resultado do projeto político neoliberal e de suas máximas de desregulamentação. liberalização e privatização, [o que] implicou a colonização mercantil de diversas organizações (hospital, universidade etc.) tradicionalmente autônomas em relação à economia política de mercado, à ética do negócio, à pragmática da gestão flexível do trabalho, à retórica da produtividade, competitividade e rentabilidade, ao cálculo de custo-benefício e à axiologia da livre concorrência, da qualidade total, do lucro individual e do negócio privado* (BLANCH; STECHER, 2009, p. 1, grifos nossos).

A adoção do conceito de *capitalismo organizacional* ajuda a dar conta de outros aspectos envolvidos na relação Trabalho-Saúde, como os processos de subjetivação e objetivação no trabalho

em serviços de saúde, quando se busca analisar a reorganização de tais espaços sob a influência do novo modelo de gestão da coisa pública[4].

Para melhor entendimento do que se está falando é necessário apontar o que se entende por objetivação, ou seja, a

> *(...) '***institucionalização***' do novo modelo empresarial (a materialização operativa pelo New Management de um conjunto de dispositivos, códigos, normas, regras, procedimentos, tecnologias e práticas estruturais da organização) e, por outra, sua* **naturalização** *(construção pelo discurso gerencial do novo modelo de organização como pertencente à ordem da natureza e, portanto, como realidade necessária, imutável e inquestionável)* (BLANCH; STECHER, 2009, p. 9, negritos dos autores).

Por outro lado, entende-se por subjetivação,

> *(...) um conjunto de processos de construção de subjetividade, pelos quais a experiência de trabalho em universidades e hospitais reorganizados empresarialmente dá lugar nos trabalhadores, a particulares formas de pensar, sentir e atuar com relação a si mesmo, às demais pessoas e ao mundo. Consiste, (...), naquela dinâmica pela qual cada indivíduo torna-se (é constituído ou se constitui em) um tipo particular de sujeito através (a) de sua sujeição, inserção e submissão a um específico ordenamento sociossimbólico, isto é, a uma particular configuração histórica de relações de saber-poder; mas também (b) de sua atividade (individual e coletiva) de apropriação reflexiva ressignificação, desestabilização e resistência em relação às determinações que o constituem como ser social e em cujo horizonte está inscrito (...)* (BLANCH; STECHER, 2009, p. 9, grifo nosso).

Ademais, ao buscar-se transpor a categoria processo de trabalho para o estudo do trabalho no setor de serviços e, particularmente, em serviços de saúde, alguns alinhamentos conceituais devem ser feitos, adotando-se reformulações teóricas para se pensar como ocorrem as relações entre Trabalho e Saúde nas atividades de saúde[13].

Em primeiro lugar, existe uma polêmica se o trabalho em saúde e especialmente o trabalho médico é **diretamente** produtivo e produz mais-valia[3,26], aspecto este que foge ao escopo do presente texto.

Além disso, a organização do trabalho no setor de serviços apresenta algumas características que a identificam por relação ao trabalho industrial, as quais são: a **simultaneidade**, a **co-produção** e **copresença**[25].

Para este autor, a noção de simultaneidade pode ser uma ferramenta central para o entendimento e a abordagem do trabalho em serviços, mediante estudos empíricos, na sua relação com a saúde, dado que ocorre o consumo do cuidado e das ações de saúde ao mesmo tempo em que são produzidos. Colocando diretamente em contato trabalhador e consumidor/clientela, conforme aquilo que é chamado de copresença, é possível exercer pressão no tempo de produção de tais ações e serviços, como se observa na fila dos caixas de bancos ou dos serviços de saúde.

Daí deriva outro conceito importante para pensar aquela relação, o de coprodução[29] já que, na produção flexível o que importa não é mais a produção em escala, característica do fordismo/taylorismo, mas sim a produção acoplada às demandas da clientela, situação esta que no caso dos serviços depende basicamente da postura do cliente/consumidor[9].

Frise-se que a coprodução tem como "subproduto" o autosserviço em que o consumidor/cliente age sobre (no) processo de trabalho, trazendo como consequência a queda do número de postos de trabalho, sendo que no caso dos

serviços de saúde, o chamado autocuidado ou corresponsabilização pelo cuidado é uma das expressões desta realidade.

É importante também salientar que nos serviços interfere sobremaneira a emoção e sua "administração", o que traz importantes efeitos para a saúde mental dos trabalhadores dos serviços de saúde[16].

O Trabalho em Serviços de Saúde e a Saúde/Doença dos Trabalhadores

Silva (1998) sugere que a perda da saúde dos trabalhadores em hospitais é decorrente da impotência diante de uma estrutura hierárquica centralizadora e da alienação pela impossibilidade de atuar de forma criativa nas relações de trabalho do cotidiano devido aos restritos limites que a organização do trabalho impõe à utilização de seu saber, o que leva ao sofrimento e desgaste. Ademais, a sobrecarga de trabalho, particularmente do pessoal de enfermagem, expressa no alto absentismo, desdobra-se no aumento de horas extras, criando um círculo vicioso de mais desgaste. A isto se soma o papel dos Serviços de Medicina do Trabalho existentes nos serviços de saúde, como os hospitais, que atuam de forma individual, abstraindo a verdadeira causalidade dos problemas de saúde, tendo uma atuação apenas paliativa, não interferindo nas suas reais causas.

Além disso, as precárias informações sobre os agravos à saúde dos trabalhadores em saúde e a não existência de registros apropriados contribui para dificultar o conhecimento da realidade o que leva, na maioria das vezes, à tomada de decisões e ações que impactam pouco tais organizações.

É importante, ainda, contextualizar a discussão, atentando para uma questão intimamente relacionada à temática: em tempos de reestruturação produtiva neoliberal globalizada, o não cumprimento de regras de proteção social ao trabalho é um elemento cada vez mais ressaltado. Pode-se afirmar que tal realidade é mais presente no setor secundário da economia, mas também é observada no setor de serviços, inclusive de saúde. E, aqui, configura-se uma contradição, particularmente no caso do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual a flexibilização e a precariedade de direitos e vínculos não se exprimem através do desemprego estrutural, na medida em que tal sistema é um forte indutor de emprego, apesar de que uma parte importante da força de trabalho que atua no SUS – entre 30 e 50% dos empregados – não é coberta por esses direitos, o que mostra uma realidade perversa criada e sustentada pela administração pública[27] e ainda desconhecida da sociedade.

Conforme aponta Merhy (1997: 120-21):

> *... o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objetivo não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção, em ato, operando como tecnologias de relação, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados.*

Assim, os agentes do trabalho em saúde, representados nas várias categorias profissionais compõem a multiprofissionalidade e os aportes teórico-metodológicos interdisciplinares ao serem operados por tais agentes pela mediação dos diversos saberes poderão construir outros saberes que possibilitem o exercício da intersubjetividade na interação entre profissionais e entre estes e a população usuária dos serviços de saúde[24]. A multiprofissionalidade é aqui tomada como um conjunto de profissionais envolvidos no processo de trabalho em saúde,

isto é, no exercício do trabalho cotidiano, constituindo uma equipe. Para entender sua atividade, ela deve ser apreendida como uma interação entre os vários profissionais com o objeto, os instrumentos e o trabalho em saúde em si, com uma direcionalidade dada pelo processo de trabalho. Diante disso, na abordagem/estudo da equipe multiprofissional é necessário considerar a divisão social e a divisão técnica do trabalho, a valorização dos trabalhos especializados, a autonomia técnica dos profissionais e responsabilização pelas ações clínicas e de saúde coletiva, aos projetos dos profissionais da equipe e a interação/comunicação entre eles e deles com os usuários dos serviços. A isso se agregam as relações de poder entre os diversos profissionais inseridos na produção de cuidados em saúde, as quais permeiam e compõem tais relações.

Diante dessa realidade prevalece o adoecimento relacionado à esfera mental, às doenças cárdiocirculatórias, psicossomáticas e gastrocólicas cuja causalidade é mais complexa e de difícil determinação, ao lado de agravos relacionados ao esforço e à postura como lombalgias, tendinites, cervicalgias, varizes, além dos acidentes do trabalho com instrumentos perfurocortantes.

Ademais, para Dejours[7] o trabalho torna-se estressante quando interfere nas necessidades individuais de satisfação e realização, daí a importância dos elementos psicossociais e a forma como podem influir no bem-estar físico e mental dos trabalhadores. Em geral, os elementos geradores de estresse patológico no trabalho compõem três categorias: elementos da organização do trabalho; exigências do trabalho/atividade; e condições do ambiente de trabalho.

Considerando-se, então, as dimensões da organização do trabalho em saúde, assumem relevância para a saúde dos trabalhadores em saúde a questão da hierarquia, da autonomia de decisão, da responsabilidade, da sobrecarga de trabalho e das relações de poder dentro da equipe que podem ou não propiciar a intersubjetividade.

No que se refere às exigências é importante considerar os trabalhos pesados e que duram longas horas (associadas às doenças coronarianas), bem como as mudanças de turno que se associam aos distúrbios do sono, gastrointestinais, emocionais e à maior frequência de acidentes do trabalho[10] .

Os mesmos autores indicam que os elementos organizacionais relacionam-se à complexidade e à responsabilidade exigida pelo trabalho, ao significado das tarefas e à postura das chefias, o que inclui a possibilidade de participação dos trabalhadores nas decisões, a falta de apoio e reconhecimento dos superiores, a ausência e promoções, incertezas sobre o futuro de trabalho e das relações intersubjetivas fracas seja com os colegas da equipe de trabalho, seja com os superiores e subordinados.

É importante salientar que as questões aqui colocadas têm como pano de fundo a noção de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) a partir de um viés que coloca como aspecto central para que seja atingida a referida qualidade a noção de controle que os coletivos de trabalhadores devem ter sobre seus processos de trabalho[12,16].

Para Ciborra, Lanzara[5] são várias as definições da QVT. Ora associa-se às características intrínsecas das tecnologias introduzidas e ao seu impacto; ora aos aspectos econômicos, como o salário, incentivos, abonos; ora a fatores de saúde física e mental e segurança e, em geral, ao bem-estar daqueles que trabalham. Em outros casos, segundo os mesmos autores, considera-se que é:

> *... determinada por fatores psicológicos como grau de criatividade, de autonomia, de flexibilidade de que os trabalhadores podem desfrutar ou, (...) fatores organizativos e 'políticos' como a quantidade de controle pessoal*

> *sobre o posto de trabalho ou a quantidade de poder que os trabalhadores podem exercitar sobre o ambiente circundante partir de seu posto de trabalho.* (CIBORRA; LANZARA, 1985, p. 25, grifos nossos)

Deve-se considerar, portanto, que a adoção de tais referenciais e abordagens podem fazer avançar a profundidade dos estudos nesta área, aspecto central para o entendimento, inclusive, dos desafios colocados para atingir-se a qualidade da atenção na rede de serviços do SUS.

Referências

1.Antunes R. Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo ;1999.

2.Antunes R. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. In: Druck G, Franco T, organizadores. A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo, 2007. p. 13-22.

3.Arouca ASS. O Dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1975.

4.Blanch JM, Stecher A. La emprezarización de servicios públicos y sus efectos colaterales. Implicaciones psicosociales de la colonización de universidades e hospitales por la cultura del nuevo capitalismo. Avance de resultados de uma investigación iberoamericana. Ponencia. VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología del Trabajo; 2009; Montevideo, Uruguay. [Mimeo].

5.Ciborra C, Lanzara GF, organizadores. Progettazione delle tecnologie e qualità del lavoro. Milano: Franco Angeli; 1985.

6.Cohn A, Marsiglia RG. Processo e organização do trabalho. In: Rocha LE, Rigotto RM, Buschinelli JT, organizadores. Isto é trabalho de gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes; 1994. p.56-75.

7.Dejours C. A loucura do trabalho. São Paulo: Oboré; 1987.

8.Gomes RG. Trabalho médico e alienação: as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2010.

9.Gorender RJ. Globalização, tecnologia e relações de trabalho. Est Avanç. 1997;29(11):311-361.

10.Hurrel, Jr JJ; Murphy, LR. Psychological job stress. In: Rom, W. Enviromental and occupational medicine. London: Little, Brown and Company;1992. p. 675-682

11.Lacaz FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad Saúde Públ. 2007;23(4):757-766.

12.Lacaz, FAC. Qualidade de vida no trabalho e saúde-doença. Ciênc Saúde Col. 2000;5(1):151-61.

13.Lacaz FAC. As relações entre trabalho e saúde nos serviços de saúde: discutindo o marco teórico, 2011. In: Cêa GSS, Murofuse NT, Deitos RA, organizadores. Trabalho, educação e saúde: formação permanente de profissionais e usuários da saúde pública. Cascavel: Edunioeste, 2012. vol. 2 , p.69-81.

14.Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical [tese de doutorado]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1996.

15.Lacaz FAC, Santos APL. Saúde do Trabalhador, hoje: re-visitando seus atores sociais. Rev Méd Minas Gerais. 2010;20(2 Supl):5-12.

16.Lacaz FAC, Sato L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: Deslandes SF, organizador. Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e críticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 109-139.

17. Lacaz FAC, Vieira NP, Cortizo CT, Junqueira V, Santos APL, Santos FS. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologia na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. Cad de Saúde Públ. 2010;26(2): 253-263.

18. Lacaz FAC, Junqueira V, Pinto NRS, Mennin RHP, Spedo SM, Cortizo CT, Sato WNS et al. Gestão do Trabalho em Saúde em dois Sistemas Municipais do estado de São Paulo: implicações operacionais e psicossociais para uma política de pessoal. São Paulo: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo; 2014. 200pp. (Relatório de Pesquisa)

19.Laurell AC. Trabajo y salud: estado del conocimiento. In: Franco S, Nunes ED, Breil J, Laurell AC, organizadores. Debates en medicina social. Quito: Organización Panamericana de la Salud, Associación Latinoamericana de Medicina Social; 1991. p.249-339.

20.Laurell AC, coordinadora. Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1993.

21.Laurell AC, Noriega M. Processo de Produção e Saúde. Trabalho e Desgaste Operário. São Paulo: Hucitec; 1989.

22.Marx K. O Capital. Crítica da Economia Política. O processo de produção do Capital. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1980. v.1, cap.5.

23.Merhy EE. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

24.Merhy EE, Onocko R, organizadores. Praxis en salud*:* un desafio para lo público. São Paulo: Hucitec; 1997.

25.Meirelles DS. O conceito de serviço. Rev Econ Pol. 2006;26(1):119-136.

26.Mendes Gonçalves RB. Medicina e história*:* raízes sociais do trabalho médico. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1979.

27.Minayo-Gomez C, Tedim-Costa SMF. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimento sobre trabalho e saúde. Ciênc Saúde Col. 2003;8(1):125-136.

28.Nogueira RP, Baraldi S, Rodrigues VA. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública*.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. (Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises, 2)

29.Orban E. O serviço é um produto. In: Dieese; Cesit, organizadores. O trabalho no setor terciário*:* emprego e desenvolvimento tecnológico. São Paulo: Dieese/Cesit; 2005. p. 11-20.

30.Pessoa E, Mattos FAM, Britto MA, Figueiredo SS. Emprego público no Brasil: comparação internacional e evolução recente. Brasília (DF): IPEA; 2009. 17p. (Comunicado da Presidência do IPEA, 19)

31.Silva CO. Trabalho e subjetividade no hospital geral. Rev Psicol Ciênc Prof. 1998;18 (2): 26-33.1998.

Avanços e impasses da Estratégia Saúde da Família: a percepção dos gestores e gerentes da Região Metropolitana da Baixada Santista

Advances and Impasses of The Family Health Program: a manager and supervisor's view in the metropolitan area of Santos

Renato Barboza[1] Maria de Lima Salum e Morais[2]

Resumo

Analisa-se o processo de implementação da Estratégia Saúde da Família em municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista, quanto aos avanços e impasses identificados por gestores e gerentes. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, qualitativo, delineado como um estudo de caso e conduzido com 11 informantes-chaves que atuam na condução das políticas e da organização da rede de atenção básica. Os resultados evidenciam que a Saúde da Família desempenhou a função de eixo estruturador nos sistemas locais de saúde investigados, atuando principalmente na organização e na resolução da porta de entrada. Contudo, a integralidade da atenção, princípio do SUS e a "longitudinalidade do cuidado" ficaram relegados a um segundo plano e permanecem como um importante desafio.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, Estratégia Saúde da Família, Região Metropolitana, Gestão em saúde

Abstract

The authors discuss the process of implementing The Family Health Program in municipalities of the metropolitan area of Santos, considering the advances and impasses identified by managers and supervisors. This is an exploratory, descriptive and qualitative study that has been outlined as a case study and conducted with 11 key informants acting in the politics and the organization of basic health network. The results highlight that The Family Health Program played the role of a structural axis in the local health systems analyzed, acting primarily in the organization and resolution of the entry door. Nevertheless, the comprehensive health care, the SUS principle and the "longitudinality of care" were relegated to second place, remaining a major challenge to be faced.

Keywords: Primary health care, Family Health Program, metropolitan area, health management

[1] Renato Barboza (renato@isaude.sp.gov.br) é cientista social, Mestre em Saúde Coletiva, Pesquisador Científico V do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e pesquisador do Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids da Universidade de São Paulo (NEPAIDS-USP).

[2] Maria de Lima Salum e Morais (salum@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, Doutora em Psicologia pela USP e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Introdução

Os dados apresentados neste artigo foram extraídos do projeto *"Acesso a Serviços de Saúde em Municípios da Baixada Santista"* desenvolvido pelo "Núcleo de Condições de Vida e Situação de Saúde" do Instituto de Saúde. O estudo integrou o protocolo de pesquisa do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa da Saúde da Família – PROESF, financiado pelo Ministério da Saúde por meio de acordo de empréstimo com o Banco Mundial. Parte dos recursos do PROESF foi dedicada ao desenvolvimento de pesquisas sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) no estado de São Paulo, e as prioridades foram diagnosticadas por consulta pública, realizada em 2007, pelo Instituto de Saúde junto aos gestores municipais e estaduais.

Desde a década de 1990, o Ministério da Saúde tem envidado esforços para o fortalecimento e o aperfeiçoamento da APS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A principal estratégia adotada para reorientar o modelo de atenção à saúde da população baseia-se na implantação e na expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) na rede de atenção básica, sob a responsabilidade dos gestores municipais e estaduais.

A Política Nacional de Atenção Primária à Saúde[3], editada pelo Ministério da Saúde (2006, p. 10), compreende:

> *Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida [...] sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária [...]. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários*

com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Nessa perspectiva, ao discutir a questão da integralidade da atenção, Giovanella e colaboradores apontam como necessidade central, a organização e a estruturação de sistemas locais de saúde ancorados na APS, articulados em rede, centrados no usuário e com potencial e capacidade de resposta para atender a todas as necessidades de saúde da população[5].

A equipe de Saúde da Família atua em um território definido, onde realiza o cadastramento domiciliar e desenvolve um conjunto de ações planejadas e programadas com base no diagnóstico de saúde, o qual tem como foco a família e sua inserção na comunidade. Dessa forma, pretende-se que a atenção básica se constitua na porta de entrada preferencial do sistema de saúde e que possibilite o acesso universal e integral aos serviços e as linhas de cuidado, com qualidade e resolutividade.

Starfield destaca quatro atributos da APS para organização da atenção aos usuários nos sistemas locais de saúde: a atenção no primeiro contato (porta de entrada) com vistas a assegurar a acessibilidade e o uso dos serviços; a longitudinalidade do cuidado, baseada na garantia da oferta regular da atenção ao longo do tempo, valorizando-se os vínculos entre o serviço, às equipes e os usuários; a integralidade da atenção em consonância com as necessidades de saúde da população adscrita e a oferta dos cuidados; e a coordenação da rede de atenção com garantia do acesso contínuo dos usuários aos níveis mais complexos quando necessário[8].

A efetividade da gestão e da gerência da rede atenção básica, depende entre outros atributos da capacidade das equipes municipais em reconhecer e atuar sobre os problemas e as necessidades de saúde da população, definindo assim, prioridades e ações estratégicas que incluem a provisão e a alocação de recursos humanos, materiais e financeiros. Assim, os atributos do primeiro nível da atenção elencados por Starfield[8], quando observados pelos gestores nas etapas de planejamento, organização e oferta das ações de saúde podem contribuir para melhorar a resposta do sistema local, sobretudo quanto à captação, ao acesso e à vinculação dos usuários aos serviços.

Entretanto, a longitudinalidade e o papel coordenador da rede de atenção básica no SUS, ainda não foram suficientemente equacionados no país e no estado de São Paulo, tornando vulnerável a integralidade da atenção e o cuidado aos usuários, especialmente nos munícipios mais populosos. Esses elementos ainda representam grandes desafios que devem ser enfrentados pelos gestores e suas equipes para prover o acesso da população com qualidade à rede pública de saúde.

Vale sublinhar que em contextos metropolitanos verificam-se problemas referentes à qualidade da atenção ofertada no nível da atenção básica quanto à integralidade e à capacidade de resposta dos sistemas locais de saúde[1]. Não obstante a tendência de expansão da cobertura da ESF nas diferentes regiões brasileiras observa-se que o ritmo de crescimento das equipes em municípios de médio e grande porte, localizados em regiões metropolitanas, a exemplo da Baixada Santista, ainda é mais lento[9].

O presente artigo tem por objetivo discutir a implementação da Estratégia Saúde da Família em municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista, quanto aos avanços e impasses identificados pelos gestores.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, delineado como um estudo de caso[4], método amplamente utilizado em pesquisas sociais de cunho exploratório.

Realizaram-se 11 entrevistas semiestruturadas e em profundidade[6] com informantes-chave intencionalmente selecionados, os quais desempenhavam funções técnicas, administrativas e políticas nas Secretarias Municipais de Saúde de Cubatão, São Vicente, Praia Grande, Santos e Peruíbe, pertencentes à Região Metropolitana da Baixada Santista. A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2007.

Para o presente artigo, optamos pela seleção e análise do material empírico referente às entrevistas conduzidas com os dois secretários municipais de saúde de Cubatão e de São Vicente e com quatro gestores de Unidades Básicas de Saúde, organizadas segundo o modelo tradicional e de Saúde da Família nesses municípios.

Os roteiros versaram sobre os avanços e os impasses do processo de organização e estruturação da atenção básica, segundo a lógica da Estratégia Saúde da Família. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à técnica de análise de conteúdo[2], compreendendo as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. Posteriormente, foram elaboradas categorias de análise, agrupando-se ideias, expressões e outros aspectos relevantes para a compreensão do objeto de estudo.

Os participantes foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos do projeto e as entrevistas foram realizadas após a assinatura e obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi submetido para avaliação e recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde.

Resultados e Discussão

Os resultados e a discussão estão organizados nas categorias: a) Transição do modelo de organização da atenção básica nos municípios; b) Contratação da força de trabalho; c) Fixação e fidelização da força de trabalho; e d) Acesso e organização do processo de trabalho nas unidades.

Transição do modelo de organização da atenção básica nos municípios

Nos municípios estudados, a reorganização da atenção básica foi baseada na adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) e envolveu um processo de transição em relação ao modelo tradicional vigente das Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais funcionavam na lógica da programação em saúde e com oferta de algumas especialidades. Esse processo implicou a convivência com uma rede preexistente tradicional e a sua transição a partir da implantação da Saúde da Família.

Os gestores reconhecem que a convivência de modelos de atenção "amalgamados" em unidades híbridas dificultou o desenvolvimento e a proatividade do novo modelo na estruturação da rede de saúde, como verificado nesses depoimentos:

> *"Para implantar vai desgastando uma [UBS] para fortalecer a outra [ESF]". (Secretário A).*
>
> *"Existia uma equipe que não funcionava e que era uma unidade híbrida. Nós aumentamos pra oito equipes e passamos por um momento de desmembramento, porque a experiência como unidade híbrida foi desastrosa. Passamos inicialmente de uma que não funcionava pra oito que funcionavam, e agora ampliamos pra vinte." (Secretário B)*
>
> *"E aí não deu certo, a população não gostou e as equipes não estavam harmonizadas. Duas equipes diferentes convivendo no mesmo espaço, nós nunca atendemos a mesma população com os dois modelos, até porque*

isso eu achava um sacrilégio. O que a gente fez foi ocupar o mesmo espaço físico, pra racionalizar, pra poder até ter espaço. Mesmo fazendo isso, achamos que foi lamentável, todos os níveis de problemas nós tivemos, tanto da população quanto dos profissionais, e o programa não evoluiu. Começou a evoluir quando a gente separou e deixamos no mesmo prédio duas, três, quatro equipes, dependendo da Unidade de Saúde da Família". (Secretário B)

Contratação da força de trabalho

A questão da disponibilidade e organização da força de trabalho foi destacada como um problema central para a gestão e a gerência da rede municipal de atenção básica. Um dos principais mecanismos utilizados para contratação dos recursos humanos técnicos e de apoio refere-se às parcerias firmadas com as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e as cooperativas.

Esse tipo de arranjo institucional revela vulnerabilidades na provisão, condução e organização dos recursos humanos no âmbito do sistema local de saúde. Dependendo da gestão municipal, há precarização dos vínculos de trabalho, sem garantias de renovação dos contratos, de direitos trabalhistas, gerando baixa adesão e alta rotatividade dos profissionais. Os relatos dos informantes evidenciaram essas vulnerabilidades:

"As equipes são compostas por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde [ACS]. Todos os trabalhadores, exceto os ACS são contratados por uma cooperativa. Os agentes comunitários por uma OSCIP em regime CLT". (Gerente unidade A)

"Há rotatividade dos profissionais, pois não têm garantia e ficam desestimulados. No esquema de cooperativa a gente não tem garantia nenhuma. A gente não tem FGTS, não tem férias, o salário é atrasado, a gente tem que ficar brigando, 13º salário não tem, e se você ficar doente também não tem direito a atestado, a cooperativa ela é assim." (Gerente unidade B)

"A própria estrutura de mando é muito complicada, Prefeitura, OSCIP, é muito confusa, quem gerencia o que, quem é responsável pelo que. Então assim, na Saúde da Família tem esse complicador, na Unidade Básica não, porque todos são funcionários da Prefeitura." (Gerente unidade C)

Constatou-se que a impossibilidade de uma oferta regular de concursos públicos pela administração direta, também prejudica a provisão e a reposição de quadros na área da saúde. Essa problemática afeta não apenas os profissionais da saúde de nível superior, mas também aqueles que desempenham atividades administrativas e de apoio, essenciais ao suporte e desenvolvimento da dinâmica de trabalho nas unidades.

"Ainda temos dificuldades nas profissões não técnicas, porque se esgotou o cadastro da prefeitura e você tem que aguardar novo concurso. Então, perde o auxiliar administrativo, perde o servente e você tem que ficar dando drible para ter quem limpe as unidades". (Secretário A)

"Estamos com déficit ainda de profissional, principalmente clínico, médico clínico. Agora, na parte técnica em enfermagem, nós recuperamos todos". (Secretário A)

Esse cenário torna-se ainda mais complexo devido à alta rotatividade dos profissionais, em especial os médicos, que possuem mais chances de recolocação no mercado de trabalho. A morosidade do processo de contratação pela administração direta e os recursos financeiros limitados

também dificultaram a gestão da força de trabalho na percepção dos gestores locais:

> *"A gente troca, por mês, 10 médicos aqui na Secretaria. São 120 médicos que rodaram no ano passado e que a gente tem que recolocar. Para sair, basta assinar um papel e falar: 'Amanhã não venho mais'. Para recolocar tem que chamar, convocar, mandar telegrama, 30 dias para assumir, 30 dias para fazer exame médico, 30 dias para não sei o quê, nomear, publicar, portaria e já se passaram quatro meses."* (Secretário A)

> *"Tratamos de resolver o problema dos servidores que tinham diferentes vínculos e carga horária. Era uma verdadeira Torre de Babel e isso dificultava a gestão. Nós começamos a estabelecer estratégias pra valorizar o nível superior, diferenciar o trabalho do médico, do enfermeiro, como uma forma de agregar valor, como uma empresa. Eu vejo se é mais barato ter servidor ou se é mais barato contratar no mercado".* (Secretário B)

Os secretários destacaram que a formação dos trabalhadores para atuar em unidades organizadas na lógica da Saúde da Família é deficitária. Para minimizar essa problemática, investiram em processos e alternativas de suporte técnico, na modalidade de equipes volantes, associado à supervisão contínua dos profissionais. A implantação dessa estratégia na visão de um dos gestores contribuiu para aumentar a resolubilidade e a capacidade de resposta da unidade de saúde às necessidades dos usuários, fortalecendo a acessibilidade e o uso dos serviços:

> *"Nós criamos pras vinte equipes, quatro ginecologistas e obstetras que são volantes, que esclarecem dúvidas, pra evitar tirar a paciente da unidade. Esse obstetra volante responde por cinco equipes. Também notamos uma dificuldade dos pediatras em neonatologia e criamos um pediatra volante. Esse ginecologista e esse pediatra foram responsabilizados pela formação e esclarecimento das dúvidas das equipes. Quer dizer, não é uma coisa muito certa, mas também, por outro lado, não é uma UBS. Dei um prazo de um ano para esse apoio e depois eles têm que andar sozinhos".* (Secretário B)

> *"Não é o PSF tradicional, mas a gente achou que poderia agregar esses valores e funcionou superbem, a nossa equipe de apoio é dez."* (Secretário B)

Fixação e fidelização da força de trabalho

Os informantes relataram que ao longo da implementação da Saúde da Família houve diminuição no interesse e na disponibilidade dos profissionais médicos pelo trabalho na atenção básica, prejudicando o processo de expansão das equipes. A fixação e a fidelização dos profissionais são elementos essenciais para consolidar a política vigente do Ministério da Saúde[3], contudo, segue sendo um desafio na agenda dos gestores. Essa situação torna-se ainda mais complexa em cidades localizadas em regiões metropolitanas, como é o caso da Baixada Santista, onde as oportunidades de emprego para a categoria médica em equipamentos que prestam serviços públicos ou privados na média ou na alta complexidade são crescentes, aumentando a disputa entre os municípios[9].

> *"Num primeiro momento houve uma aceitação muito forte pela categoria médica, talvez motivada pela parte financeira, então era fácil. Você falava assim: "Preciso de médico da família". Apareciam dois, três e rapidamente conseguia abastecer. Já temos médico de Saúde da Família há alguns anos e tem sofrido um desgaste. O que tem de gente [municípios] pedindo e não consegue ampliar as equipes".* (Secretário A)

A formação acadêmica de generalistas e o perfil do profissional médico limitam o avanço e a efetividade das estratégias adotadas para fixar esse quadro na rede. Não é raro, os gestores buscarem alternativas para flexibilizar algumas exigências profissionais, como por exemplo, o cumprimento de uma jornada de 40 horas semanais para manutenção do padrão de lotação das unidades. As possibilidades de adaptação dos médicos para lidar com as vulnerabilidades sociais e de infraestrutura do território, onde estão localizadas as unidades, algumas em área de preservação ambiental e ocupação irregular, corroboraram para a rotatividade, a baixa adesão às diretrizes da Saúde da Família[3] e a insuficiência da resolubilidade daqueles que estão na linha de frente:

> *"Você começa a ter que rever as exigências para médico da família. Médico é um profissional extremamente nômade. Ele muda muito de emprego, ele não se vincula muito a um lugar só, geralmente tem dois, três empregos, tem um sistema de trabalho, de repente ele tem um plantão e não pode trabalhar um dia inteiro. Então já estamos começando a discutir que se a gente facilitasse, voltaria de novo a ter um interesse pelo médico da família."* (Secretário A)

> *"As condições sócioeconômicas da população são bastante adversas, e não são raras as vezes que o médico entra de manhã, quando sente o clima vai embora, porque são lugares complicados, onde tem tráfico, tem violência, sabe é muito complicado".* (Secretário B)

> *"Hoje eu trabalho com certeza com 20% a menos, seja de funcionário, seja de médico. A rotatividade é muito grande, os bairros são longe, as pessoas não têm muito estímulo para ir até lá. Isso tem gerado muito problema em termos de gerenciamento". (Secretário A)*

> *"O governo federal implantou esse Programa de Saúde da Família sabiamente, só que esqueceu de dar formação e trazer a Universidade. Então a gente nota a insegurança das pessoas que hoje trabalham no PSF e os problemas dessa falta de experiência."* (Secretário B)

Um dos gestores investiu em alternativas baseadas no oferecimento de gratificações e bônus financeiros, associados ao desempenho e à produtividade dos médicos, com vistas a aumentar a fidelização dos seus quadros e a fortalecer a ESF no município:

> *"Criei uma gratificação de produtividade levando em conta, primeiro, a resolubilidade do atendimento; segundo, a pontualidade; terceiro, assiduidade; e quarto, a humanização no atendimento. A Saúde é a secretaria que melhor remunera dentro da prefeitura, a prefeitura já é uma mãe, mas a Saúde é uma mãezona. O médico recebe quase mais uma vez o salário-base se observar esses quesitos."* (Secretário B)

Acesso e organização do processo de trabalho nas unidades

Os informantes vocalizaram que a resolubilidade do sistema de referência e principalmente da contrarreferência é limitada nos dois municípios. O acesso aos exames de maior complexidade e as consultas de especialidades são os principais problemas elencados, demonstrando que o sistema de saúde não está suficientemente integrado e que há um lapso entre a atenção básica, a média e a alta complexidade. A integralidade, os atributos referentes à "continuidade da atenção" e à "longitudinalidade do cuidado", elementos primordiais para a efetividade da atenção básica, propostos por Starfield[8], não têm sido efetivamente alcançados, como se pode observar nesses relatos:

"A máquina é muito emperrada. Não existe fluxo e na ponta há dificuldades com o número de vagas para exames e consultas em algumas especialidades". (Gerente unidade B)

"Conseguimos os exames de uma forma ou de outra, graças à autorização da superintendência e das cotas para as especialidades. Os mutirões dão conta de quem sobrou e acontecem mensalmente". (Gerente unidade A)

"Uma das queixas é essa coisa da referência e contrarreferência, que não existe ainda isso sistematizado. Então o de lá encaminha, o da Saúde da Família encaminha pra cá, daqui não retorna pra lá. Então fica só em cima do quê o paciente traz de informação, mas muitas vezes o paciente não sabe informar direito, porque o médico também não tem a paciência de explicar qual é o quadro dele". (Gerente unidade C)

Outro elemento que interferiu negativamente na organização do processo de trabalho das equipes, refere-se à baixa cobertura de unidades informatizadas na atenção básica. Um dos gestores tem envidado esforços para ampliar o processo de informatização das unidades de saúde, aperfeiçoando o processo de agendamento das consultas e dos exames, além do controle dos recursos humanos e da avaliação das condutas clínicas adotadas. A futura implantação do prontuário eletrônico será um recurso para aperfeiçoar o planejamento das ações, os vínculos e a atenção aos usuários:

"Com a informatização vai ter um sistema para lembrar o paciente através de torpedo, quando tiver celular, de e-mail ou de ligação para confirmar o agendamento". (Secretário B)

"Nós temos um sistema informatizado; eu sei para quem foi o remédio, se o cara pegou ou não esse mês e a partir daí vamos fazer busca ativa. Vai sair agora o prontuário eletrônico e todas as unidades já foram informatizadas. Agora estamos informatizando o PSF, o contrato já saiu e daqui mais um mês deve estar rodando". (Secretário B)

"Esse controle está trazendo muita informação, na medida em que hoje a gente tem um grande 'Big Brother', então eu sei de cada médico, a hora que chega, a hora que sai, quanto demora uma consulta, o que ele prescreve, o que ele pede de exames, se os exames estão normais, a dose que ele passa". (Secretário B)

Observou-se também uma tendência a culpabilizar a população pelos problemas decorrentes das dificuldades de acesso, uso e permanência nas unidades da Saúde da Família. Os entrevistados consideram que "falta educação da população" e que esta desconhece a "finalidade da atenção básica", devido às constantes faltas nas consultas pré-agendadas, permanecendo uma cultura de atender apenas os agendados:

"Então aquele que é morador aqui da rua e é meu, ele não compreende que a médica é da outra microárea, então ele já fala assim: 'como se tem médico aí é para atender todo mundo, isso é um posto', então as pessoas têm dificuldade de entender como funciona." (Gerente unidade A)

Por fim, cabe sublinhar que a relação entre os usuários e as equipes de saúde quanto ao desenvolvimento de vínculos duradouros, essenciais para "longitudinalidade do cuidado", depende necessariamente da interação e da promoção de "bons encontros" entre ambos, além do reconhecimento das expectativas da população[7].

Considerações finais

As evidências revelam que a ESF desempenhou a função de eixo estruturador nos sistemas

locais de saúde investigados, atuando principalmente na organização e na resolução da porta de entrada na rede de atenção básica. Constata-se que houve um processo de reorientação da demanda, associado a melhorias na resolubilidade da atenção básica, como por exemplo, no número de consultas e exames realizados, e principalmente na ampliação da rede que apresenta diferentes níveis de implementação e consolidação da ESF no período do estudo. Contudo, verifica-se que a integralidade da atenção, princípio do SUS e pressuposto do modelo da Saúde da Família e a "longitudinalidade do cuidado" ficaram relegados a um segundo plano e permanecem como um importante desafio a ser alcançado pelos gestores e gerentes.

Os arranjos institucionais utilizados para contratação da força de trabalho por meio de OSCIP e cooperativas revelaram-se insuficientes e apresentam vulnerabilidades que dificultam a gestão dos recursos humanos nas secretarias municipais de saúde, bem como a sua fixação e fidelização. Assim, há que se investir em estratégias que proporcionem a sustentabilidade da força de trabalho para o fortalecimento da atenção básica.

Referências Bibliográficas

1. Barboza R, Ianni AMZ, Morais MLS, Alves OSF, Monteiro PHN, Ferrari F, Caporrino BW. Acesso e estruturação da atenção básica na Região Metropolitana da Baixada Santista: uma análise dos gestores. In: Escuder MML, Monteiro PHN, Pupo LR, organizadores. Acesso aos serviços de saúde em municípios da Baixada Santista. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008, p. 29–50. (Temas em Saúde Coletiva, 8)

2. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.

3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2006.

4. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1994.

5. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc Saúde Col. 2009;14(3): 783-794.

6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco; 2004.

7. Mishima SM, Pereira FH, Matumoto S, Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC, et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. Rev Latino Amer Enferm. 2010; 18(3):148-155.

8. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002.

9. Viana ALA, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. Ciênc Saúde Col. 2006; 11(3): 577-606.

Acolhimento em Atenção Primária à Saúde: papel na graduação em medicina

User embracement in Primary Health Care: its role in undergraduate medical education

Caio Felício de Oliveira[1] Liz Ponnet[2] Guilherme Arantes Mello[3] Marcelo Marcos Piva Demarzo[4]

Resumo

O presente relato discute o papel do acolhimento em Atenção Primária à Saúde na graduação em medicina, a partir da reflexão sobre a experiência dos autores junto ao Curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos, especificamente na Unidade Educacional de Prática Profissional do Ciclo I (1º e 2º anos médicos), realizada junto às Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos-SP, levando-se em conta potencialidades e dificuldades. A atividade educacional relacionada à vivência do acolhimento em APS mostra potencialidades para o desenvolvimento e aplicação dos preceitos constitucionais do capitulo da saúde, favorecendo a criação de significado aos estudantes quanto à integralidade do cuidado, com foco no acesso universal aos serviços de saúde. O contato na graduação em medicina com tal estratégia tem grande potencial na formação de profissionais que tenham competência para o entendimento das necessidades das pessoas, famílias e comunidades, para a gestão de serviços e aplicação do conceito de integralidade do cuidado. Propõe-se, assim, que o acolhimento seja uma das ferramentas pedagógicas nos currículos médicos em transformação, dentro de um contexto de reforma do ensino médico com vistas às necessidades de saúde da população brasileira.

Palavras-chave: Acolhimento, Educação médica; Currículo; Atenção Primaria à Saúde.

Abstract

This report discusses the role of Primary Health Care user embracement in medical education from the authors' experience at the Federal University of São Carlos (UFSCar) Medical Course, specifically in the Professional Practices Clerkship (1st and 2nd years of the medical course) based at Family Health Centers of São Carlos in the State of Sao Paulo, Brazil, reflecting on the potentials and difficulties of this activity. The educational activity related to the experience and practice of user embracement shows potential for development and application of the constitutional principles for health care in Brazil, promoting students meaningful participation in comprehensive and universal primary care. The contact in medical schools with this strategy has great potential for training of future medical professionals regarding the development of social accountability; population needs centered communication and managing skills in a comprehensive health system. It is proposed that user embracement should be an important teaching tool in contemporaneous medical curricula in Brazil, within a context of medical education reform concerning the health needs of the Brazilian population.

Keywords: User embracement; Medical Education; Curriculum; Primary Health Care.

[1] Caio Felício de Oliveira (caiodupsico@gmail.com) é estudante de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).
[2] Liz Ponnet (lizponnet@gmail.com) é doutoranda do Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
[3] Guilherme Arantes Mello (gmello@unifesp.br) é Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
[4] Marcelo Marcos Piva Demarzo (demarzo@unifesp.br) é Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Introdução

Em âmbito mundial, pode-se circunscrever os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) com base na Declaração de Alma-Ata (1978)[3] e na evolução dos conceitos e práticas relacionadas até os dias de hoje: oferta de ações e serviços de saúde acessíveis e integrados, orientados às necessidades locais, desenvolvidos de forma continuada por equipes multiprofissionais responsáveis por abordar uma ampla maioria das necessidades individuais e coletivas em saúde, desenvolvendo uma parceria sustentada com as pessoas e comunidades[10,14.] Desses princípios decorrem quatro características ou atributos essenciais: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação; e mais três derivados: orientação familiar, comunitária, e competência cultural[10,14]. Sabe-se hoje, que um sistema de saúde com forte referencial na APS é mais efetivo, mais satisfatório para as pessoas e comunidades, tem menores custos, e é mais equitativo mesmo em contextos de grande iniquidade social[10,14].

No Brasil, adota-se muitas vezes o nome de "Atenção Básica" para tratar dos mesmos princípios e características cuja expressão atual política de saúde é a Estratégia Saúde da Família (ESF)[14.] Desde o surgimento das primeiras equipes de saúde da família no meio da década de 1991, a ESF vem sendo progressivamente valorizada como estratégia prioritária de reorganização do sistema de saúde brasileiro, o que pode ser evidenciado pelo expressivo número de equipes implantadas em território nacional, atualmente em torno de 32.000, com cobertura populacional aproximada de 114 milhões de pessoas.

O acolhimento dos usuários dos serviços de saúde pode ser avaliado dentro do contexto do **acesso ou acessibilidade aos serviços de saúde**.

O acolhimento dos usuários dos serviços de saúde pode ser avaliado dentro do contexto da **acessibilidade** e **o acesso aos serviços de saúde**. Os usuários devem ter as possibilidades de chegar até uma unidade de saúde para obter um determinado serviço de saúde. A **acessibilidade aos serviços de saúde**, termo definido por Donabedian[5] e colegas, tem atributos sócio-organizacionais e geográficos. Os atributos sócio-organizacionais incluem os atributos de recursos que facilitam ou dificultam os esforços dos usuários para obterem cuidados médicos. Por acessibilidade geográfica entende-se "a fricção do espaço" (friction of space em Inglês) que é a função do tempo e distância física ou obstáculo que deve ser viajado ou ultrapassado para obter cuidados médicos.

O **acesso aos serviços de saúde** pode ser entendido num quadro lógico de estrutura-processo--outcome[6], o chamado modelo Donabediano. A *estrutura* inclui pessoal, equipamentos, edifícios, finanças entre outros. O *processo* incorpora as atividades de cuidados entre outros. O *outcome* é o resultado dos cuidados. Aday e Andersen[1] formulam o acesso como essas dimensões que descrevem a entrada potencial e real de um determinado grupo da população ao sistema de prestação de serviços de saúde. O *acesso potencial* avalia os recursos facilitadores (o *processo*). O *acesso realizado* usa medidas de resultados (*outcome*) como a utilização dos serviços de saúde e o grau de satisfação dos usuários. Van Driel et al.[17] entendem o acesso como a interação entre o sistema de serviços de saúde, a sociedade e os indivíduos da sociedade (a *estrutura*) e como a comunicação entre o médico de família e o paciente (*processo*).

Idealmente todos os usuários têm a mesma oportunidade de atingir o seu potencial de saúde máximo[8]. O principal objetivo da oferta de serviços de saúde deveria ser a e**quidade aos serviços**

de saúde[8]: indivíduos em situações iguais devem ser tratados da mesma forma *(equidade horizontal)* e indivíduos em situações de saúde distintas devem receber o tratamento apropriadamente desigual *(equidade vertical)*. Fatores essenciais para obter equidade aos serviços de saúde são: (1) **acesso igualitário para necessidades semelhantes** (incluindo o acesso geográfico, acesso cultural e econômico); (2) **tratamento igualitário para necessidades semelhantes** (pacientes devem receber o mesmo tratamento de saúde independentemente de sua idade, sexo, renda, ...;) e (3) **resultados *(outcome)* igualitários para necessidades semelhantes**.

O acolhimento surge nesse contexto com foco nos atributos de acesso e integralidade, e pode ser entendido como uma diretriz conceitual e operacional que busca atender às necessidades de todas as pessoas que procuram os serviços de APS[8,9]. O acolhimento implica reorganização do processo de trabalho buscando a otimização das ações e serviços, a diminuição do tempo de espera nas unidades, a hierarquização de riscos e a respostas às demandas da população, incluindo as intersetoriais. Para que a estratégia do acolhimento seja mais efetiva, os profissionais de saúde devem estar capacitados para a sua realização. Entre as competências profissionais necessárias para a realização do acolhimento pode-se destacar:

No primeiro serve, para que a relação com o usuário não se encerre em uma relação puramente técnica, sem que haja uso de escuta e, portanto, sem que haja valorização das queixas referidas e percebidas que podem favorecer o entendimento do paciente sobre as condutas que seriam tomadas. No segundo, o vínculo faz parte do sucesso da gestão dos recursos humanos, dos saberes que formariam o enfrentamento do paciente como um todo e posterior conduta. Esta gestão requer o entendimento de todos da equipe sobre os papéis de cada membro, compondo o trabalho multidisciplinar, que é favorecido pelo vínculo entre profissionais.

Decorrente do enfrentamento da condição de um usuário do sistema de saúde que demonstre mais de problema(s) que envolva(m) questões de cunho econômico, social, biológico, enfim, configure uma situação que concerne a várias áreas de cuidado, o exercício de cidadania pode ocorrer tanto no sentido de se responsabilizar os setores devidos para cada entrave para que se alcance o bem-estar quanto para estimular os usuários a compreender os seus direitos, entender quais estão disponíveis e lutar pelos que não estão.

Segundo Franco e Merhy[8] o acolhimento é parte da ação clínica decorrente do encontro entre profissional de saúde e usuário do sistema. Ainda pode ser tecnologia de resposta a demanda de acordo com a integralidade e universalidade, pois usa de escuta qualificada e de além da simples avaliação de risco, melhora a eficácia e eficiência da conduta, da ação clínica.

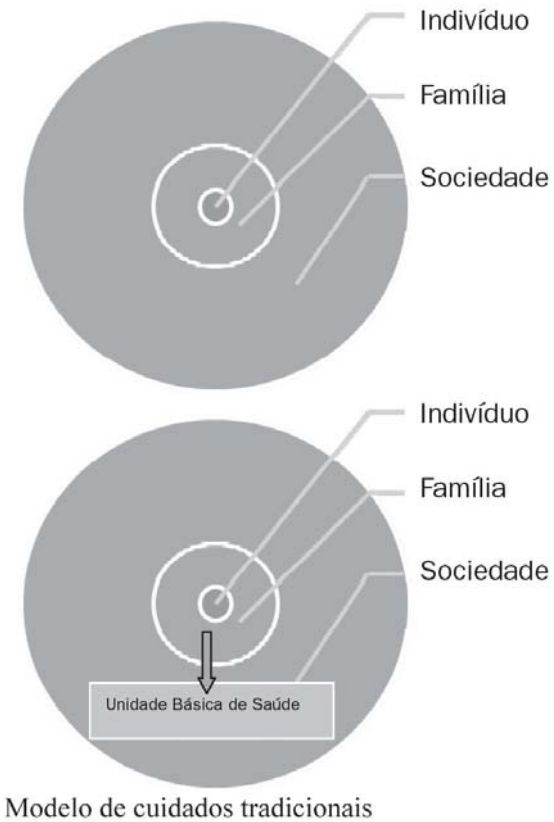
Em relação à integralidade, equidade e acessibilidade ao sistema, o acolhimento aparece como parte da reorganização do serviço de APS. Em estudo qualitativo Oliveira[12] atrela às concepções sobre acolhimento por parte de profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde de Juiz de Fora – MG potencialidades como a criação de espaços de trabalho que use os saberes de todos os membros de equipe; entre profissionais e usuários; maior visibilidade ao trabalho dos profissionais não médicos; e o acolhimento como instrumento de garantia de acesso. Como dificuldades, as autoras se referem ao desgaste dos profissionais de saúde, ausências de normas por parte do usuário e despreparo da equipe.

Dentro dessas considerações, o acolhimento, como já dito no início, se apresenta como uma

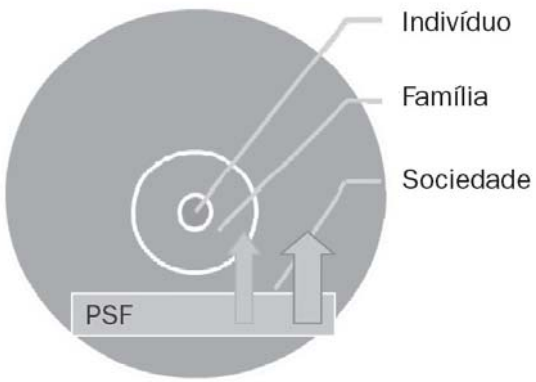
estratégia pedagógica tanto para apropriação dos profissionais de saúde sobre situações de contato entre serviço e usuário quanto para formação de relacionamento interdisciplinar na condução da ação clínica, formando, principalmente dentro de uma universidade pública, profissionais competentes e hábeis em administração e gestão de recursos humanos, físicos e materiais[11].

Há que se ressaltar o silêncio em documentos oficiais sobre como fazer interdisciplinaridade no trabalho em Saúde da Família, à exceção de Políticas como o HumanizaSUS[13] que se direcionam ao acolhimento do usuário por todos os profissionais da equipe, priorizando seu fortalecimento e o vínculo com a comunidade.

O presente relato discute o papel do acolhimento em Atenção Primária à Saúde na graduação em medicina, a partir da reflexão sobre a experiência dos autores junto ao Curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), especificamente na Unidade Educacional de Prática Profissional (UEPP) do Ciclo I (1º e 2º anos médicos), realizada junto às Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos-SP, levando-se em conta potencialidades e dificuldades.



Modelo de cuidados tradicionais



Modelo de APS na ESF

Contexto da Universidade Federal de São Carlos

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina[11], seguindo o processo descrito, referenciam a formação médica que possibilite ao profissional, entre outras competências,

> ...*"realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios de ética/ bioética com resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo"...*

Consoante o curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos vem para atender a uma demanda tanto da sociedade são-carlense quanto do Sistema Único de Saúde pela formação médica que garanta a disponibilidade de profissionais capazes de cumprir a Constituição Federal no que diz respeito a compor um SUS Universal, Humano e Equitativo. Foi estruturado um Projeto Político Pedagógico que refere como estratégias para responder a tal demanda a parceria entre Prefeitura Municipal de São Carlos (PMSC) e UFSCar – que promove o encontro entre academia e realidade do sistema de saúde –, "abordagem pedagógica construtivista" e "orientada ao desenvolvimento de competência profissional"[16].

De acordo com o projeto político pedagógico citado, nos ciclos pedagógicos pelos quais o graduando passa, ocorre com contato com disparadores, seja de situações reais seja de papel pelos graduandos, que consistem em situações que possam chamar atenção para que, a partir de uma leitura sobre o mundo que o cerca, o estudante possa, interagindo com este, entendê-lo e desenvolver competências. Depois de identificados os disparadores, estes são problematizados – formulação de hipóteses e questões de aprendizagem, basicamente -, e ocorre busca ativa. Esta se dá com acesso dos estudantes a conteúdos acadêmicos – mormente uso de bases de dados disponibilizadas pela universidade e da Biblioteca Comunitária da UFSCar (BCo) – que respondam às questões formuladas. O fechamento se dá com formulação de nova síntese, reunião de grupo de 8 a 10 estudantes mais um facilitador (docente da universidade) e um preceptor (médico da rede de saúde de São Carlos). Esta nova síntese, como o nome diz, conta com a síntese de respostas com base científica às perguntas anteriormente formuladas.

Embasando os ditos disparadores, os cenários em que os estudantes se encontram vão desde o ambiente hospitalar, Unidades Básicas e de Saúde da Família (USF), – em grande parte atrelados à parceria UFSCar/PMSC –, até as situações simuladas que tomam lugar nas dependências da universidade.

Assim, o acolhimento se apresenta como objeto de educação para os estudantes do curso sendo uma situação rica na formação de significado dos princípios de integralidade e universalidade além de expor o estudante a uma situação de trabalho em equipe. Na lógica construtivista, aparece como fonte de situações a serem problematizadas que podem colocar o estudante em contato com questões de caráter ético, técnico e profissional que permeiam a construção do SUS no país.

Experiências na USF

Ambiente da prática profissional

Em acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina[17], o Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação de Medicina da Universidade Federal de São Carlos[16] determina a experiência com a Unidade Educacional da Prática Profissional nos seis anos da graduação, cuja vivência em Unidades de Saúde da Família se concentra nos ciclos I e II – respectivamente 1° e 2°anos compondo o ciclo I; 3° e 4° anos, o ciclo II.

A UEPP tem objetivo de aumentar o contato de estudantes com a prática de profissionais da saúde desde o primeiro ano da graduação, assim como o de estudantes com usuários. Configura uma estratégia para que o estudante relacione as demandas reais de pacientes e crie significado destas com a literatura médica. Além disso, é uma tentativa de estabelecer vínculo do estudante com o serviço no qual ele atuará em toda a sua formação, afastando a possibilidade de uso antiético de paciente na formação médica[16].

A USF do Jóquei Clube atende à demanda do bairro de mesmo nome, na cidade de São Carlos, contando duas equipes de saúde da família – equipe Guanabara e equipe Jóquei Clube – compostas por médico (a), enfermeira, técnico (a) de enfermagem, agente comunitário de saúde e estudantes do curso de graduação da Medicina UFSCar. Há equipe formada por nutricionista, fonoaudióloga, fisioterapeuta, farmacêutico, psicóloga e assistente social que dá apoio matricial às duas equipes.

As atividades dos graduandos em Medicina no ciclo I da UEPP são divididas em três períodos semanais, abrangendo visitas domiciliares a pacientes, participação em reuniões de equipe, participação no acolhimento com supervisão e reuniões de pequeno grupo em dependências da Universidade com docente da UFSCar.

As turmas do curso são divididas em grupos de oito a dez estudantes, que acompanham uma equipe de saúde de família. Uma vez que o estudante é parte da equipe, o acompanhamento dos pacientes pelos estudantes (sendo dez pacientes-índice para cada graduando) é registrado em prontuário de acordo com as visitas domiciliares ou acompanhamento na USF, além, eventualmente, de acompanhamento de pacientes em outros níveis de atenção.

O cuidado e os procedimentos dirigidos aos usuários pelos graduandos são feitos de acordo com a autonomia do estudante e sob corresponsabilidade de universidade e município, essa se materializando na responsabilidade do médico da USF, de docente da universidade e estudante.

As reuniões de pequeno grupo são espaços para reflexão sobre a UEPP e problematizar a forma de atenção prestada ao usuário tanto pela equipe multiprofissional quanto pelo estudante individualmente. As avaliações sobre os processos de ensino aprendizagem são feitas em formulários preenchidos por docentes, preceptores e estudante, semestralmente.

No âmbito da UEPP, a exploração do cenário real de uma unidade de Atenção Básica aproxima o estudante das necessidades de pacientes e do próprio serviço para encontrar melhora nas condições de saúde e oferecer cuidado, respectivamente.

Nesse sentido, há, por parte dos estudantes, uso de fundamentação teórica para avaliação fatos que possam ser entraves na prestação de cuidado. A problematização em pequeno grupo, usando como disparadores as vivências dos estudantes, leva à busca ativa na literatura que objetiva a construção de conhecimento embasado e de relevância (principalmente na UEPP), para a equipe e o usuário. As avaliações dos processos ocorrem com formatos predefinidos pela coordenação do curso e que envolve tanto o preceptor quanto o docente da universidade.

Inserção do Estudante na Equipe de Saúde da Família

No período de atividades relativas à UEPP, os estudantes fazem seu ciclo pedagógico que consiste na reflexão, além da necessidade de saúde do paciente, sobre as condições do serviço e sobre o que pode ser considerado um entrave para a prestação de cuidado. As percepções de dentro do microcosmo da USF em relação às dificuldades foram comparadas a relatos de

potencialidades e limites/dificuldades do acolhimento como estratégia para garantir a promoção de saúde e a formação de excelência.

Em situação de reunião de equipe e discussão de pequeno grupo, foram identificadas concepções diversas sobre o papel do estudante na USF pelos próprios estudantes e pelos outros integrantes da equipe.

Na opinião do grupo de estudantes, a inserção do estudante como membro de equipe de saúde da família mostrou diferentes concepções no que diz respeito ao seu objetivo. A maior parte dos profissionais de saúde concebia que a meta do estudante seria estudar os casos acompanhados para formação individual. A noção vai de encontro à pretensão do estudante de integrar a equipe e de ter contato ético com o paciente, de forma que oferte cuidado multidisciplinar, como previsto nas DCN[17]. Com o foco na formação dos estudantes, as discussões de caso, por vezes, assumiam um ritmo aquém do necessário para a resposta à demanda do paciente. Neste caso, sugere-se um viés do educador na lógica do ensino construtivista: houve privação de informação referente aos casos discutidos no intuito de se aumentar a proatividade dos estudantes, o que os sobrecarregava de tarefas supridas por busca ativa e diminuía a velocidade da formulação do plano de cuidado ao paciente. O desenvolvimento desta problematização dos estudantes levou a discussão deste tema em reunião de equipe. Nesta reunião (re)pactuaram-se os papéis de estudantes e profissionais de saúde da equipe.

O acolhimento na unidade em questão foi também problematizado por estudantes. As percepções sobre o ambiente de USF e posterior busca ativa em literatura corroboraram com noções de que o acolhimento configuraria uma estratégia para que o direito previsto na Constituição no que se refere à integralidade e universalidade do acesso à saúde se tornasse realidade, sendo porta de entrada do Sistema Único de Saúde.

No relato dos estudantes sobre os problemas enfrentados em situações de contato com o usuário perceberam como reclamações do último: informação desencontrada em relação ao funcionamento da unidade, longas esperas para o atendimento.

De acordo com Teixeira[15], a implantação de sistema de "acolhimento dialogado" melhora o acesso à informação sobre o funcionamento da unidade por parte do usuário e diminui as esperas por maior conhecimento do funcionamento do serviço. Com este conceito, Oliveira[12] analisa dados de pesquisa em uma unidade de saúde da família – no caso dentro da equipe de profissionais de saúde – em Juiz de Fora – MG. Ainda, segundo a mesma, a partir do momento em que o se pratica uma abordagem integral, os profissionais usam o momento de acolhimento como uma "vitrine" para as competências dos profissionais que estão no serviço. A percepção por parte dos profissionais é de que tanto os usuários quanto a equipe usam este momento de "vitrine" para se apropriar melhor do funcionamento da unidade.

Desenvolvendo-se, a comunicação entre profissionais dentro da equipe melhora a formulação de plano de cuidado quando as decisões são tomadas em conjunto por profissionais da equipe. Ainda, adiciona à melhora do plano de cuidado a potencialidade de, em situação de melhor conhecimento sobre o funcionamento da unidade, o serviço ser entendido como um direito constitucional, novamente, tanto por parte do usuário quanto por parte do profissional de saúde.

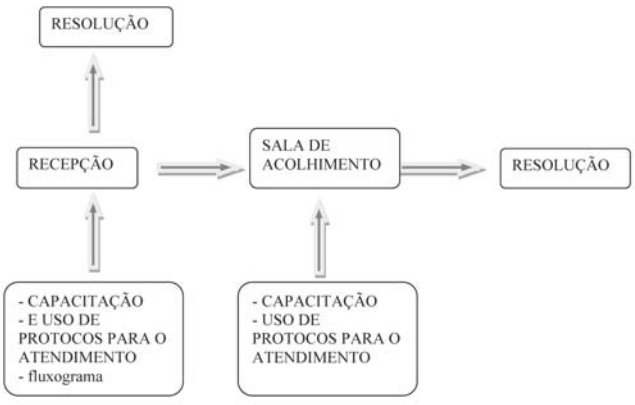
Remetendo ao relato dos estudantes, o acolhimento se apresenta como evidente estratégia para que as informações desencontradas fossem minimizadas. Isto posto, a equipe, conhecendo o que cada profissional tem como competência, conhece

melhor o serviço, o que permite maior uniformidade na orientação do profissional ao usuário.

Segundo Franco et al[8], a avaliação integralizada dos problemas de saúde permite que a resposta ao usuário tenha maior resolubilidade em análise da estruturação do acolhimento em Betim - MG. No citado trabalho, considera-se resolubilidade como "solução encontrada pela equipe de acolhimento [multiprofissional] para as queixas, sem outro tipo de encaminhamento". São citados pelos autores como indicadores de resolubilidade da equipe, entre outros: "1) Discussões permanentes entre a equipe [...] para avaliar e processar o acolhimento[...]; 2) Capacitação da equipe com a própria experiência no atendimento [que] proporciona segurança para decidir [...]; 3) Utilização de protocolos". Estes dados remetem às longas esperas referenciadas pelo grupo de estudantes.

A avaliação de risco e maior resolubilidade na atividade de acolhimento contribuiriam para a reorganização da demanda, o que pode diminuir a espera. Acrescente-se a isto, o fato de o funcionamento do serviço ser entendido pelo usuário e fazer com que a demanda se ajuste ao serviço. Esta adaptação é percebida por Oliveira[12] tanto como melhor entendimento dos horários de funcionamento da unidade quanto de competências não a médica o que contribui para a apropriação do serviço pelo usuário. Ainda segundo as autoras, outro lado desta apropriação está o entendimento de risco e vulnerabilidade que o usuário pode adquirir e utilizá-lo para ter sempre o acesso ao serviço, inclusive com queixas falsas.

Diante da problematização da UEPP na unidade de saúde da família, foi elaborada uma proposta de organização da recepção do usuário pelo serviço. Houve entendimento de que a base simples para um fluxograma que servisse para melhor atender ao usuário passaria por uma recepção eficiente no atendimento e encaminhamento (avaliação de risco e encaminhamento de urgências, agendamento ou encaixe de consulta de enfermagem, médica) e continuidade deste atendimento por técnicos(as) de enfermagem ou enfermeiros(as) – ou, no caso, graduandos de curso de medicina – em espaço físico reservado (para maior privacidade do usuário e discrição do atendimento) que proporcionasse resolubilidade ao serviço. Esta dependeria da capacidade técnica por parte dos profissionais da Atenção Primária tanto para usar de postura acolhedora quanto para avaliação de risco. Portanto, é tida aqui como imperativa a capacitação desses trabalhadores nessas competências. No sentido de facilitar essa atividade, pensou-se em uso de protocolos que pudessem auxiliar a prática de avaliação de risco. Em relação à formação de uma postura acolhedora, pensou-se em reeducação constante dirigida a esses profissionais que os pusessem em contato com informações baseadas em evidências científicas em processo de renovação de conhecimento. Para isso, o uso tanto da escola de governo da cidade de São Carlos quanto de educação permanente por parte da Universidade poderião ser opção a partir de sua estruturação para tal demanda.



Tendo em vista o resultado da problematização dos entraves à reestruturação do serviço da unidade de saúde, fica claro que há

potencialidade, no contato do graduando com o acolhimento, para que o estudante crie significado para tal reestruturação e compreenda melhor o uso de protocolo em serviço, o porquê de o acolhimento ser a porta de entrada do serviço e o respeito à privacidade do paciente[14].

No entanto, de três propostas de melhoria levantadas para o serviço, nenhuma fora implantada até então, o que mostra que, apesar da experiência de contato com o serviço ter enriquecido a formação, não houve enriquecimento equivalente para o serviço, pelo menos decorrente do contato do graduando com o cenário de prática. Essa discrepância provavelmente se dá por pouca penetrância da produção dos estudantes no serviço, além da deficiência de estrutura em relação à Universidade e à Prefeitura Municipal de São Carlos para um programa de reeducação de profissionais para esse tema.

O que aparece aqui na problematização por parte dos graduandos é a formação de significado ao acolhimento como uma resposta aos problemas encontrados para a prestação de cuidado. Pedagogicamente interessante, os problemas dos graduandos correspondem a questões da estruturação do serviço de Atenção Primária. Portanto, o contato do estudante com o acolhimento pode ser uma ferramenta pedagógica importante na formação de profissionais que terão de enfrentar a expansão qualitativa e quantitativa da saúde no país.

De certo modo, não mostrar ao graduando os problemas de ordem organizativa com a devida importância a fim de que o estudante tenha mínima familiaridade com estas situações, seria tão eficiente quanto formar um médico cujo significado de faringite fora escondido: ao se deparar com tal situação, o profissional se sentirá despreparado para conseguir integrar um serviço que de cuidado integral, podendo não valorizar a condição como uma em que se deve trabalhar para que o cuidado constitucional e, portanto, devido seja prestado ao usuário do sistema de saúde.

Ainda, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina preveem a formação de profissional com competências de liderança de administração e de gerenciamento. A situação de estruturar o serviço envolve tanto o bom relacionamento da equipe multidisciplinar, quanto a própria aplicação de recursos materiais e humanos nesta empreitada.

Ensino em Cenários Reais: Ambiente de APS Versus Ambiente Hospitalar

Levantaremos uma questão sobre a diferenciação entre ambientes de APS Unidades de Saúde de Família (USF) e algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no caso brasileiro e de atenção secundária e terciária como cenário de Prática Profissional. Consiste em distinguir o que pode ser ensinado em um cenário não pode ser ensinado em outro e o que tem interseção.

Procede o argumento de que a inserção de estudante no sistema de saúde tem um caráter contínuo por conta do acompanhamento do percurso do paciente por todos os equipamentos de saúde. Como mostra Demarzo[4], pode-se entender o internato e a inserção como a descrita da UEPP com uma mesma atividade curricular, mesmo que, tradicionalmente, o primeiro seja característico dos dois últimos anos de graduação isento de disciplinas acadêmicas. A atividade de Prática Profissional pode corresponder ao "treinamento intensivo" que determina o MEC se for considerado que as "realidades empíricas" podem ser intensivas não pelo período de imersão, mas pela complexidade e impacto das situações reais para o aprendizado do estudante. O estudante não residiria no hospital-escola, residiria na

rede escola[18]. O que diferencia a APS e os outros níveis de atenção é que, segundo Christersen[2] , a APS está no terreno do estruturado, de precisão. Com a progressão no nível de atenção os problemas com que os profissionais de saúde e o paciente têm de lidar são relacionados questões semiestruturadas, com uso da intuição do profissional especializado. O que quer dizer que o sofrimento mormente relacionado ao biológico (não nos esqueçamos da saúde mental), no ambiente de ESF, está mais bem descrito, há grande quantidade de informação sobre eficiência e eficácia das terapêuticas, vide o que é estipulado pela já citada declaração de Alma-Ata.

Ainda segundo o autor, as atenções terciária e secundária estariam mais relacionadas com o saber intuitivo, que inclui o uso de profissional especializado e com grande bagagem de vivência na sua especialidade. Este tipo de profissional estaria apto a resolver melhor problemas não estruturados, que ainda não são compreendidos a ponto de se criarem algoritmos para sua resolução consagrados pela comunidade científica. O que substitui estes "algoritmos" é o saber intuitivo do especialista.

Diante desta leitura, é difícil ignorar que o que é estruturado hoje, um dia foi um problema quase estruturado. Portanto a complexidade dos ambientes de atenção está presente neles mais bem ou mais malcompreendidas. Negar isto seria o mesmo que dizer que a humanidade não consegue se apropriar devidamente de situações da clínica que sejam complexas.

Disto depreende-se que a maior precisão do terreno da APS torna a inserção do estudante no cenário de ESF mais facilmente protegida. As características epidemiológicas da ESF e os procedimentos que levem em conta o biológico da pessoa são problemas com satisfatória disponibilidade de informação sobre a eficácia e eficiência das terapêuticas e descrição dos processos de sofrimento, biológicos ou não, o que facilita o contato do estudante com o serviço, sem, evidentemente, esquecer-se da necessidade de supervisão dos processos pelos quais aquele passa neste cenário. Outra potencialidade para o ensino é a capacidade de reconhecer o que deve ser acompanhado no ambiente de USF ou deve ser encaminhado a outros níveis, uma vez que o terreno do preciso tenha sido extrapolado.

Segundo Demarzo[4], o contexto comunitário privilegia o saber dos usuários sem desconsiderar o saber médico, enquanto a atenção secundária ou terciária privilegia o saber médico sem excluir o saber do indivíduo. Tendo isto em vista, o que se propõe é que a estruturação do contato do estudante com cenários reais fundamente discussões teóricas e faça parte do ciclo pedagógico pelo qual o graduando em Medicina deva passar, use o cenário que envolva mais situações controláveis e tenha maior conhecimento estruturado.

Também em relação à formação ética do egresso, vale lembrar que, sendo o início de um treinamento de profissional de saúde, o estudante pode moldar sua postura refletindo sobre a relação médico-paciente na inserção e na atenção básica. Problematizar a empatia entre profissional de saúde e usuário tem maior potencialidade em uma situação de infecção de vias aéreas superiores do que no contato com um paciente terminal de um ambulatório de oncologia. Aqui, a situação mais bem estruturada pode favorecer tanto a quantidade de informações biológicas quanto facilitar o entendimento sobre estas. O problema menos estruturado, no caso, seriam o desenvolvimento de empatia e a criação de vínculo, o que pode levar ao desenvolvimento de escuta e formação da competência. Principalmente neste momento, o estudante pode refletir acerca

do seu conhecimento prévio sobre as relações humanas e evitar preconceitos que possam lesar as competências citadas nas DCN[11].

No que diz respeito à prática profissional a inserção do estudante no ambiente de APS seria de vital importância para que temas como integralidade e acesso ao sistema sejam explorados na graduação. A abordagem da estruturação do serviço, o trabalho em equipe e intersetorialidade podem ser forma de interação entre equipe (esta incluída o estudante) e usuário que justifique o acolhimento (por que não?) do sistema de saúde e da comunidade ao estudante, principalmente nos primeiros anos, em que ele não tem desenvolvimento suficiente de competências clínicas para prestar cuidado ao usuário. Com esta abordagem pretende-se não apenas usar a rede de serviço de saúde como escola, mas também prestar cuidado para a população com que está em contato em todos os momentos de convívio com o ambiente real.

Considerações finais

O acompanhamento de pacientes pelos estudantes mostra-se meio propício para o desenvolvimento de síntese de dados da clínica e a relação com a conversão destes dados em cuidado. Junto a esta unidade educacional, o uso do cenário para aplicação de conhecimentos adquiridos em ambiente protegido da Universidade com intuito de capacitação do estudante em aplicação de exame físico geral, anamnese, escuta, registro de informação, sigilo e implicações éticas.

A implantação de sistema de "acolhimento dialogado" melhora o acesso à informação sobre o funcionamento da Unidade por parte do usuário e diminui as esperas por maior conhecimento funcionamento do serviço. Ainda, a comunicação entre profissionais dentro da equipe melhora a formulação de plano de cuidado quando as decisões são tomadas em conjunto por profissionais da equipe. O contato do grupo de estudantes com equipe multiprofissional introduz a compreensão sobre o uso de saberes diferentes que pode melhorar o atendimento por melhor empregar as potencialidades do serviço.

Na proposta apresentada pelo grupo discente, envolvendo criação de um (1) fluxograma para o acesso ao serviço, (2) uso de postura acolhedora por parte de todos os profissionais de saúde e (3) educação permanente percebem-se esboços de conceitos importantes para a formação de profissionais que tenham como opção de futuro, a estruturação do serviço. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina definem, entre outras competências, liderança em equipe e gerenciamento do uso de recursos humanos, físicos e materiais para a prestação de cuidado. No contexto do acolhimento, a tentativa de organização do serviço para que se torne integral e universal, mostrou-se tanto como fonte de muitos disparadores para o acúmulo e posterior construção de conhecimento teórico – dentro do ciclo pedagógico do curso – quanto como situação de desenvolvimento de competência no que diz respeito à liderança e ao trabalho em equipe.

Em relação ao conhecimento teórico, a gestão do cuidado é introduzida com a própria limitação do estudante de segundo ano e com a referência e discussão de casos em situações diferentes das encontradas em visitas domiciliares. Importante salientar que o aprendizado vai além da simples triagem quando o atendimento já foi e é constantemente problematizado com instrumentalização de escuta ativa por parte do estudante o que aumenta tanto o entendimento do usuário sobre o cuidado quanto a satisfação em relação à conduta. Ainda, a noção de como lidar tanto com recursos materiais quanto

humanos com o intuito de melhorar o atendimento na USF dá exemplos claros de relação profissional de saúde-profissional de saúde e o uso do espaço físico da unidade.

Como potencialidades referem o acolhimento como situação de prática aferição de sinais vitais, pressão, anamnese centrado no usuário e escuta, realização de exame físico[13].

Em relação à escuta, o fato de o estudante estar utilizando o momento de acolhimento também para desenvolver sua conduta neste período favorece a abordagem integralizada com queixas referidas e percebidas, uma vez que configura importante fonte de vivência para moldar sua práxis e adquirir excelência clínica. No momento de formação é que se pode, com mais facilidade, ensinar o futuro profissional a ter uma prática de escuta e decisão compartilhada.

Atrelada à integralidade vem a maior possibilidade de abordagem da saúde mental. Tanto no sentido de servir de disparador para que o estudante com postura acolhedora faça seu ciclo pedagógico em problematização de queixas referidas ou percebidas, quanto para que a percepção destas queixas, necessidades e/ou problemas de saúde sejam encaminhados pelos profissionais do serviço. Neste caso, muito se relata a ineficiência e despreparo dos profissionais de saúde em relação a este tema[13]. E, nos permitindo um raciocínio tautológico: se estes profissionais tivessem passado por experiência de acolhimento, eles estariam mais preparados, provavelmente já teriam uma vivência em ambiente potencialmente protegido.

A estruturação do serviço tende a ser um processo dinâmico, uma vez que dialogado com profissionais e usuários, o que pode ser visto como uma atividade de gestão administrativa (uso de recursos humanos, físicos e materiais) e de cuidado. Este dinamismo muito se deve a um ambiente de relações entre comunidade e serviço. É na dinâmica da comunidade, nas situações de sofrimento do usuário – potencialmente uma de sofrimento para o cuidador – que se reconhecem alterações nos problemas por estarem envoltas na situação singular do queixoso. Quando da elaboração do plano de cuidado singular, há possibilidade de rever o perfil epidemiológico, por exemplo, e o serviço se deparar com a necessidade da formação ou alteração mas ações da equipe ou mesmo da comunidade. Por esta óptica, mesmo que a Atenção Primária no país tenha 100 % de cobertura e com uma estratégia de acolhimento já instalada, o ambiente será de diálogo com a necessidade de cada comunidade e, portanto, de revisão de estratégias de atendimento ao usuário. Logo, o contato do estudante com o serviço no acolhimento e na lógica da Atenção Primária, além de colaborar com o processo de construção do plano terapêutico com respeito aos vários saberes da equipe e do usuário[13], tem caráter de estimular a construção do serviço, o que potencializa o vínculo deste com aquele.

Conflitos de interesses: Os autores declaram não haver.

Referências

1. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. Health Serv Res 1974; 9:208-20.

2. Christensen C, Grossman J, Hwang J. Inovação na gestão da saúde: a receita para diminuir custos e aumentar a qualidade. Tradução: André de Godoy Vieira, Mariana Belloli Cunha, Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed ; 2009.

3. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care [monografia na internet] Alma-Ata; 1978 [acesso em 4 fev 2012]. Disponível em: <http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

4. Demarzo MMP, Fontanella BJB, Melo DG, Avó LRS , Kishi RGB, Mattos ATR de, et al. Internato Longitudinal. Rev Bras Educ Med [periódico na internet] 2010 [aceso em 5 set 2014;34(3):430–7.

5. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University;1973.

6. Donabedian, A. The quality of care. How can it be assessed? Arch pathol labor med. 1997;121(11), 1145-1150.

7. Fracolli LA, Zoboli ELC. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2004; 38(2):143-51.

8. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Públ. 1999; 15(2):345-353.

9. Medeiros FA, Araújo-Souza GC, Albuquerque-Barbosa AA, Clara-Costa IC. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. Rev. salud públ. 2010; 12(3): 402-413.

10. Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde: origem e diferenças conceituais. Rev APS. 2009; 12:204-213.

11. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/ CES nº 4, de 07 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do Curso de Graduação em Medicina [resolução na internet]. Brasília (DF); 2001. [acesso em 4 fev 2012]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf

12. Oliveira LML, Tunin ASM, Silva FC. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. Rev APS. 2008; 11(4): 362-373.

13. Simões ALA, Rodrigues FR, Tavares DMS, Rodrigues LR. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. Texto Cont Enferm. 2007;16(3):439-44.

14. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Mem Fund Quart. 2005; 83(3): 457-502.

15. Teixeira, RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ ; 2003. p. 89-111.

16. Universidade Federal de São Carlos. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Medicina. Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina. Coordenação da Graduação em Medicina. São Carlos: UFSCar; 2009.

17. Van Drie ML, De Sutter AI, Christiaens TCM, De Maeseneer JM. Quality of care: the need for medical, contextual and policy evidence in primary care. J Eval Clin Prac. 2005;11:417–429. doi: 10.1111/j.1365-2753.2005.00549.x

18. Vieira, JE. O processo de aprendizagem em hospitais de ensino. In: Marins, JJN, Rego, S, Lampert, JB, Araújo, JGC, organizadores. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo; Hucitec; 2004. p. 113-121.

19. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992; 22(3): 429-

O Estudo da Resiliência dos Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

Vanessa Caravage de Andrade[1] Fernanda Rocco Oliveira[2] Andréa Cury Rojas[3]

Resumo

Este artigo propõe uma reflexão a respeito das vivências do residente, que envolvem processos de resiliência durante sua formação no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF). O objetivo foi analisar a capacidade de enfrentamento dos residentes, vinculados a um PRMSF nos anos de 2007 a 2009, na vivência de situações adversas. Foi aplicado um questionário num grupo de 27 residentes, levantando os principais fatores adversos vividos no PRMSF, e posteriormente foi realizado um grupo focal cujo tema central foram fatores adversos deste modelo pedagógico de formação. Os resultados obtidos foram divididos em três categorias: A Metodologia das Aulas Teóricas, a Metodologia das Aulas Práticas e o Processo de Resiliência vivenciado pelo residente. Foi possível perceber, que mesmo com todas as dificuldades existentes neste modelo de formação, estratégias de enfrentamento adotadas pelos residentes durante o processo, foram capazes de minimizá-las, mostrando que o PRSMF possui grandes potencialidades na formação dos recursos humanos para saúde.

Palavras-Chave: Residência Multiprofissional; Estratégia Saúde da Família; Resiliência.

Abstract

This article reflects upon residents' experiences, which involve processes of resilience during training in the Family Health Multidisciplinary Residence Program (PRMSF). The objective was to analyze the residents' capacity of facing challenges in adverse circumstances, from 2007 to 2009. A questionnaire was applied to 27 residents, raising the leading adverse factors experienced in the PRMSF. Subsequently, a focus group was formed with the following central issue: adverse factors of this pedagogical model of training. The results were obtained and divided into three categories: Methodology of In-Class Theory, Methodology of Practical Classes and the Process of Resilience experienced by the resident. It was acknowledged that even with all the difficulties inherent in this training model, the strategies of confrontation adopted by residents were able to minimize them, illustrating that PRMSF has a great potential in training human resources to health.

Keywords: Multidisciplinary residence, Family Health Care, resilience

[1] Vanessa Caravage de Andrade (vancaravage@hotmail.com) é fisioterapeuta residente Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina.
[2] Fernanda Rocco Oliveira (ferrocco7@hotmail.com) é supervisora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina, Fonoaudióloga, Mestre em Fonoaudiologia e Especialista em Saúde Coletiva e Educação e Formação em Saúde.
[3] Andréa Cury Rojas (mafa@uol.com.br) é supervisora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina, Médica de Família e Comunidade, Pediatra.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) teve início em 1994 como um dos programas propostos pelo governo federal, para implementar a atenção básica em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade"[13]. A formação dos recursos humanos é considerada um dos pontos críticos da ESF, ressaltando a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos para atender a esta nova necessidade[4]. O perfil dos profissionais de saúde ainda está centrado no modelo hegemônico biomédico da fragmentação do saber, que prioriza a atenção individualizada, especializada e a medicina curativista, focada na doença[6] .

Nessa proposta de atenção à saúde, focar na doença e na cura não se faz suficiente para o cuidado da população e famílias. É necessário que os profissionais desenvolvam habilidade afetiva e relacional para trabalharem por meio da troca de saberes na equipe, tornando-se capazes de construir um olhar ampliado para o processo de saúde – doença, bem como, aumentar sua capacidade de aproximação e escuta da comunidade por meio da criação de laços de confiança e credibilidade com os usuários. Saber se relacionar com outros profissionais e com os usuários e trabalhar em equipe são aspectos necessários na ESF.

Um dos direcionamentos dados pelo MS na busca de investir na formação de recursos humanos para o SUS é a criação da Residência Multiprofissional em Área da Saúde, regulamentada a partir da Lei n° 11.129, de 30 de junho de 2005. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) configura-se por meio da aprendizagem ensino-serviço, contemplando as especificidades de cada profissão, abordando a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento.[14]

A proposta da Residência traz aspectos positivos, naquilo que se refere a estratégias pedagógicas para formação do profissional de saúde, mas viver o cotidiano deste modelo de formação é um grande desafio para todos os envolvidos. Entender esses desafios e como os fatores adversos interferem no PRMSF e na formação dos residentes torna-se condição indispensável para aprimoramento deste modelo de formação.

Um dos pilares do aprendizado do residente é a resiliência[5]. A resiliência refere-se à capacidade de indivíduos e grupos em superar as adversidades e usá-las em seus processos de desenvolvimento pessoal e crescimento social[1]. A resiliência não se trata de uma defesa rígida, mas uma forma de manejo das circunstâncias adversas, externas e internas, sempre presentes durante o desenvolvimento humano[16] .

Na presença dos fatores de risco surgem os fatores de proteção, os quais diminuem a probabilidade de um resultado negativo aparecer, e reduzindo também a sua gravidade.[9] São considerados fatores de proteção: as características individuais, coesão familiar e apoio afetivo e social externo[10]. O estudo da resiliência requer uma compreensão dinâmica e interacional dos fatores de risco e de proteção.

No contexto do PRMSF se faz necessário compreender como o residente percebe e enfrenta as adversidades, decorrentes do processo ensino-serviço, assim como a influência do contexto da ESF durante seu processo formativo.

O presente artigo tem como proposta analisar a experiência singular de um PRMSF do município de São Paulo, com largo histórico de atuação e formação de profissionais na área de saúde. No ano de 2007, por meio de convênio com MS/MEC, o programa destinou-se às categorias

profissionais: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

O residente desenvolvia sessenta horas semanais, sendo 25% da carga horária em atividades acadêmicas, e o restante, em atividade práticas em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os residentes foram organizados em equipes multiprofissionais com número 4 a 6 categorias, e junto com as Equipes de Saúde da Família (EqSF) prestavam assistência multiprofissional às famílias. A preceptoria da residência foi efetivada pelas EqSF das UBSs.

O PRMSF na época estava estruturado por vários atores definidos da seguinte maneira: docentes para contribuir com a orientação dos trabalhos de conclusão e parte das aulas teóricas; tutor de categoria para acompanhamento do processo de trabalho do residente e do treinamento em serviço; preceptor de área como referência para a equipe multiprofissional; tutor da UBS para o acompanhamento diário do residente e potencializador na aplicação do saber teórico na vivência da ESF.[3] Ressaltamos que hoje a Comissão Nacional das Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS) possui uma normativa diferente do período analisado para os papéis dos atores da residência. Para este estudo manteremos as nomenclaturas utilizadas no PRMSF 2007-2009, visando a facilitar a leitura e o entendimento dos resultados.

Objetivos

Objetivo Geral

Analisar a capacidade de enfrentamento dos residentes, vinculados ao PRMSF da CSSM nos anos de 2007 a 2009, na vivência de situações adversas, durante seu processo de formação.

Objetivos Específicos

1. Identificar os principais fatores adversos deste grupo específico de residentes; e
2. Identificar os mecanismos de enfrentamento dos residentes envolvidos na resolução de problemas.

Materiais e método

A pesquisa teve o enfoque quantitativo-qualitativo, e foi desenvolvida com os residentes do PRMSF da CSSM ingressantes em 2007. O estudo foi composto de questionário e grupo focal no qual todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme determina a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Instrumento, Procedimentos e Análise dos Dados

Questionário

Foi elaborado um questionário, a partir da vivência prévia da pesquisadora como residente, que relacionam os principais fatores adversos percebidos durante o seu processo de formação no PRMSF. No questionário, os fatores adversos foram agrupados em sete categorias referentes a: UBS, Equipe da UBS, Aspectos de vulnerabilidade social vivenciados na UBS, Aspectos Pessoais do Residente, Modelo Pedagógico da Residência, Supervisão Multiprofissional (Supervisão de Campo) e a Supervisão Específica (Supervisão de Categoria).

O pré-teste deste questionário foi realizado com uma amostra dos residentes, a fim de calibrar o instrumento. Após a consolidação e calibração, o instrumento foi aplicado no grupo de residentes. Participaram do estudo trinta residentes, destes três participaram do pré-teste e vinte e sete fizeram parte da amostra. A amostra

foi formada pelas seguintes categorias profissionais: enfermagem (7), odontologia (5), fonoaudiologia (4), fisioterapia (3), nutrição (3), psicologia (3), serviço social (1) e terapia ocupacional (1). O residente participante da pesquisa foi orientando a assinalar os fatores adversos que considerava impactante no seu processo de formação, sendo-lhe permitido assinalar mais de um ou nenhum fator adverso dentro de cada categoria.

Os dados obtidos nos questionários foram analisados quantitativamente levando em consideração a maior frequência absoluta, para enumerar o principal fator adverso. O fator adverso identificado foi o fator que se tornou o tema do grupo focal.

Grupo Focal

O grupo focal foi eleito pela pesquisadora por permitir compreender os processos de construção da realidade, das práticas cotidianas, das ações e reações a fatos, eventos e atitudes. O grupo focal centrou nos aspectos ligados ao principal fator adverso identificado no questionário, buscando compreender os mecanismos de enfrentamento e a proposta de ações que aumentam a capacidade de enfrentamento diante deste fator adverso.

Foram selecionados aleatoriamente dez residentes, entre aqueles que responderam ao questionário, para participação no grupo focal. Segundo Gatti, a composição do grupo focal deve ser de no mínimo seis e no máximo dez participantes. [11]

O grupo focal foi registrado por meio da gravação em áudio. Este material foi transcrito na íntegra e passou por leituras incessantes para identificação das categorias de análise. Para análise dos trechos transcritos foi utilizada a análise de conteúdo, segundo Bardin.[2]

Resultados e Discussão

A amostra do questionário foi composta por vinte e sete residentes, sendo a média de idade de vinte e seis anos, 89% do sexo feminino, 63% eram formados em faculdades públicas, o tempo médio de formado 2,5 anos e 0,1 % tinha concluído uma pós-graduação.

Os resultados dos questionários levaram em consideração a frequência absoluta de cada fator adverso. Abaixo, na Tabela 1, observamos os dez fatores adversos que obtiveram as maiores frequências.

Tabela 1. Principais resultados do Questionário

Fator adverso	Frequência absoluta
A falta de conhecimento dos docentes sobre a residência RMSF.	24
A não adequação do conteúdo teórico abordado nas aulas, com a realidade encontrada na UBS.	23
Modelo pedagógico utilizado nas aulas teóricas.	21
A falta de abordagem multidisciplinar nos conteúdos teóricos das aulas.	21
Assistência à saúde baseada no aspecto quantitativo (da produção).	21
Falta de preparo adequado dos tutores.	20
Trajeto longo do residente até a UBS.	19
As desmarcações das supervisões multiprofissionais, devido aos múltiplos vínculos dos supervisores com a instituição.	17
As desmarcações das supervisões específicas, devido aos múltiplos vínculos dos supervisores com a instituição.	17
Falta de compreensão da equipe de saúde acerca do trabalho a ser desenvolvido pelos residentes na UBS.	17

O fator adverso *falta de conhecimento dos docentes sobre a RMSF* foi o que mais apareceu, e refere-se à categoria do *Modelo Pedagógico da Residência.* Este foi a temática principal utilizada como disparador do grupo focal.

Após a análise dos resultados do grupo focal, optou-se pelo estabelecimento de três eixos para facilitar a apresentação dos resultados e a discussão: Eixo I – O Modelo Pedagógico das Aulas Teóricas, Eixo II – Modelo Pedagógico da Atividade Prática e o Eixo III – Processo de Resiliência vivenciado pelo residente. O eixo Modelo Pedagógico da Atividade Prática foi dividido em dois subitens: Tutoria e a Supervisão. A seguir serão apresentados os resultados e discussão de cada eixo.

Eixo I - Modelo Pedagógico das Aulas Teóricas

O desafio de integrar o conteúdo programático e a necessidade da prática requerida pelo serviço foram um dos problemas mais comuns encontrados, os residentes apontam a desarticulação entre a teoria e a prática como dificultadores durante as aulas teóricas. No fragmento abaixo é possível identificar o distanciamento das aulas teóricas da vivência prática do residente na UBS.

> *"... então fica aquela coisa teórica e às vezes o que a pessoa fala no teórico não condiz com a realidade que estamos vivendo na prática. Então fica muito vago, muito vazio...". A formação dos recursos humanos para o SUS aponta para a necessidade de mudança do modelo de ensino centrado na transmissão de saber pelo professor -"educação bancária", [9] para uma metodologia que desenvolva consciência critica sobre a realidade, e que, portanto, utilize como estratégia a aproximação do profissional da prática dos serviços.[8]*

A mudança do modelo pedagógico tradicional ocorre gradualmente por conta do desafio de promover transformações nas instituições de ensino, no educador e no próprio educando. A educação deve ser baseada nos conhecimentos experienciados permitindo desenvolver no profissional um olhar crítico-reflexivo, com capacidade para solucionar problemas e de transformar a prática. [18,15]

A falta de uma abordagem multidisciplinar nas aulas teóricas foi outro elemento apontado pelos residentes.

> *"... não sei se pela faculdade ter um curso de enfermagem, muitas aulas ficaram voltadas para o enfermeiro, coisas que eu acho que faltou foi uma aula multiprofissional realmente, sabe..."*

Muitos docentes que ministravam as aulas teóricas eram vinculados à Instituição de Ensino (IES) e, em sua grande maioria, especialistas nas áreas de enfermagem. Trabalhar as aulas numa perspectiva interdisciplinar exigiu dos docentes a capacidade de aproximação e integração com outras áreas de conhecimento, bem como com a realidade vivenciada na unidade, e esse foi um grande desafio. Encontrar docentes com o perfil que contemplem o PRMSF é um desafio apontado também pelo MS durante a formação das primeiras turmas.[14]

Como estratégia de enfrentamento dos entraves identificados nas aulas teóricas, os residentes fortaleceram a troca de saberes entre a equipe de residentes na unidade, o contato com os profissionais da unidade, a convivência com a comunidade, as visitas domiciliares e as atividades em grupo realizadas na UBS.

> *"Assim, o que valeu foi a experiência no posto assim, na unidade com as pessoas, a experiência prática e a troca com os residentes... "*
> *"... entre nós tentávamos fomentar o debate... acho que foi outra possibilidade de*

resiliência, outra estratégia de resiliência no processo."

"... eu acho que a minha estratégia de enfrentamento foi aprender sozinha mesmo, foi tentando buscar, foi ler, foi tentar aprender vendo...".

O envolvimento dos residentes na formação foi algo positivo do modelo pedagógico da residência. As manhãs temáticas e a criação do grupo de estudo, formado por residentes, foram espaços reivindicados e conquistados, e acorria mensalmente na IES com o intuito de discutir e problematizar as questões de ensino e do serviço.

A existência desses espaços de diálogos com fóruns ampliados entre vários atores da residência foram estratégias de enfrentamento, criadas pelos residentes, e fomentaram uma possível reestruturação da metodologia das aulas para os futuros módulos teóricos.

Ao considerar que o PRMSF está em processo de construção no que se refere ao Modelo Pedagógico destacam-se a necessidade de priorização do tempo para o planejamento das ações e suporte pedagógico, reavaliação das estratégias pedagógicas durante todo o processo, aprofundamento e fundamentação dos profissionais para assumir as aulas teóricas.[12]

Eixo II - Modelo Pedagógico da Atividade Prática

Tutoria

De acordo com o projeto político do PRMSF, a tutoria era realizada por profissionais dos serviços de saúde, que atuavam como referência para os residentes, os acolhendo e os integrando ao serviço, com o objetivo principal de alinhar o processo de trabalho às diretrizes estabelecidas para as EqSF. A falta de capacitação, a alta rotatividade e as demandas do serviço dos tutores foram relacionadas pelos residentes como fatores adversos na prática do serviço.

"... os próprios tutores falavam: não fomos capacitados. Tiveram uma ou duas reuniões e alguns nem passaram por essas reuniões...". "... o tutor quando trocado inúmeras vezes dificultava o processo pedagógico de aprendizado. Porque, se você não garante uma pessoa na categoria, nem dentro da unidade que possa acompanhar, as coisas ficam mesmo largadas...".

"... eles [tutores] têm que entregar uma produção que toda hora é cobrada. Então, sempre que podia ela [tutora] estava junto...".

Na atividade prática na UBS, o acompanhamento do residente pelo tutor ficava enfraquecido pelo distanciamento deste com o campo acadêmico e teórico. Antes do início da residência houve encontros entre a coordenação da residência, supervisores e tutores, no intuito de apropriar os tutores do processo de formação oferecido no PRMSF. Foram discutidos os papéis dos diferentes atores envolvidos, bem como, apontadas possíveis estratégias de acompanhamento dos residentes nas unidades.

Entretanto, o que se observa é que mesmo tendo existido momentos de integração, estes ainda pareceram ser insuficientes, dificultando o avanço na articulação ensino-serviço e nas discussões necessárias para o processo formativo.

Nos relatos dos PRMSFs a respeito do trabalho da tutoria nas UBS alguns aspectos foram destacados como necessidades para o aprimoramento do processo de formação, são eles: a garantia de tempo protegido para a realização da tutoria e acompanhamento sistemático, porém garantindo a autonomia da equipe de residentes. [14]

Supervisão

De acordo com o projeto pedagógico, as supervisões eram realizadas por profissionais da

APS Santa Marcelina com qualificação técnica e experiência profissional, que objetivam capacitar teoricamente os residentes de sua categoria profissional, cabendo-lhes, entre outras atividades, a elaboração do plano de ação.

Esta estratégia pedagógica pareceu ter aspectos positivos na medida em que os supervisores eram capazes de ampliar a reflexão dos residentes para os elementos político-institucionais implicados na organização do trabalho em saúde. No entanto, o tempo disponível para tais encontros era reduzido devido às diferentes responsabilidades assumidas pelos supervisores.

> *"... para um supervisor de categoria precisamos de alguém que tenha uma boa inserção no serviço. Senão, ele não vai conseguir refletir sobre como está sendo essa prática. E que tenha um bom acúmulo teórico, também. Acho que a figura dessas pessoas que estavam ocupando esses espaços foi adequada..."*.

Na visão dos residentes, as supervisões contemplavam as expectativas quando assumiam um caráter mais horizontalizado, no qual o supervisor assumia o papel de facilitador considerando as necessidades e os interesses de aprendizagem dos residentes, e não conduzindo a supervisão de maneira verticalizada.

Eixo III - Processo de Resiliência vivenciado pelo residente

Durante o grupo focal, os residentes puderam avaliar todo o processo de residência no decorrer de dois anos e pontuaram fatores que os auxiliaram nesse processo formativo.

> *"... em muitos momentos em que eu tentei desistir da residência, o que me manteve foi o grupo de residentes..."*.
>
> *"... o que me segurou na equipe era a minha equipe tutora, para ser sincera..."*.

Na visão dos residentes, a busca por um ideal de SUS e de uma formação diferenciada foram fatores que auxiliaram na continuidade da residência.

> *"... eu vejo em algumas pessoas assim: uma parada do ideal. Ideal de SUS, de formação de ser um profissional diferente, também. Eu acho que isso segurou algumas pessoas. Bastante gente aqui, contra tudo isso que a gente falou..."*.
>
> *"... mas eu acredito muito num processo formativo, que garanta os momentos teóricos de aprofundamento, e que garanta essa experiência no serviço como ele está constituído..."*.
>
> *"... Eu também acredito que estávamos num lugar privilegiado... num lugar que pode estar como observador e como protagonista"*.

É possível verificar a identificação, a motivação e o investimento dos residentes durante todo o processo. Houve um investimento e um crédito nesse modelo de formação (RMSF) como formador dos recursos humanos para a ESF. Os residentes ressaltaram a importância de garantir um processo de formação em que exista maior articulação ensino-serviço, no qual o residente vivencie a prática com as suas dificuldade e potencialidades, refletindo e transformando a realidade.

Durante a fala dos residentes, foi possível identificar alguns dos pilares da resiliência, como a capacidade dos residentes de se relacionar entre si e com a equipe tutora, a presença da auto-estima consistente, a iniciativa ante as adversidades e o comprometimento e identificação com valores como a busca por um ideal de formação profissional baseado no SUS.[17]

Considerações finais

Este trabalho, ao estudar o processo de resiliência vivido pelo residente no PRMSF, não teve o intuito de esgotar todas as possibilidades de

discussão deste modelo de formação pós-graduada, visto ser um tema complexo e que envolve articulações políticas e conceituais nos setores saúde, educação e trabalho. Entretanto, revelou questões importantes relativas às dificuldades vividas pelo residente, e sua capacidade de enfrentamento e superação durante a formação.

Saber manejar circunstâncias adversas vividas durante este processo de formação e criar estratégias de proteção e de superação contribuíram para o desenvolvimento pessoal e crescimento do residente. As estratégias de enfrentamento adotadas também foram capazes de minimizar as dificuldades estruturais, mostrando que o PRSMF possui grandes potencialidades na formação dos recursos humanos.

Trabalhar aspectos ligados ao grau de resiliência do residente pode ser um pilar fundamental para o sucesso do PRMSF e, portanto, necessita da participação de todos os setores e atores envolvidos num processo contínuo de reflexão e critica da realidade, contribuindo para uma formação profissional que contemple as diretrizes e princípios do SUS.

Referências bibliográficas

1. Antunes C. Resiliência: a construção de uma nova pedagogia para uma escola pública de qualidade. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.
2. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979.
3. Bourget MMM, Ghedin R, Vanz L, Rodrigues CRF, Silva GTR, Gomes PC, et al. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: a experiência da Faculdade e Casa de Saúde Santa Marcelina: In: Ministério da Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília(DF); 2006. p.109-121. (Série B. Textos básicos de saúde)
4. Campos FE, Belisário AS .O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. Interface: Comum Saúde Educ. 2001; (9): 133-42, 2001.
5. Claxton G. O desafio de aprender ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed; 2005.
6. Costa RKS, Miranda FAN. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia saúde da família. Trab Educ Saúde. 2009;6(3):503-517.
7. Cowan P, Cowan C, Schultz M. Thinking about risk and resilience in families. In: Hetherington E, Blechman EA, organizadores. Stress, coping and resiliency in children and families. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1996. p. 1-38.
8. Feurwerker LCM, Sena RR. A construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In: Almeida M, Feurwerker L., Llanos C M, organizadores. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança, São Paulo: Hucitec; 1999. p.47-82.
9. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
10. Gamerzy N, Masten A. Chronic adversities. In: Rutter M, Taylor E, Herson L, organizadores. Child and adolescence psychiatry. Oxford: Blackwel Scientific; 1994. p.191-207.
11. Gatti BA. Grupo Focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília (DF): Líber Livro; 2005.
12. Gil C R R.Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad Saúde Públ. 2005;21(2):490-498.
13. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília (DF);1994.
14.Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão na Educação na Saúde. Residência Multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília (DF); 2006. 400p. (Série B. Textos básicos de saúde)
15.Nascimento DDG, Oliveira MAC. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Rev Min Enf. 2006;10(4):435-439.
16.Pinheiro DPN. A resiliência em discussão. Psicol Est. 2008; 9(1):67-75.
17. Suárez Ojeda N. Perfil del niño resiliente. In: Seminário Internacional sobre Aplicação do Conceito de Resiliência em Projetos Sociais; 1997; Lanus. Lanus: Universidade Nacional de Lanús. Fundação Bernard van Leer; 1997.
18.Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Rev Latino-am Enferm. 2003;11(4):525-31.

O Enfermeiro e o Gerenciamento na Estratégia Saúde da Família

Nursing and management of The Family Health Program

Karen Jaqueline Santana Gomes[1] Silvia Helena Bastos de Paula[2]

Resumo

O objetivo deste estudo foi investigar a prática gerencial do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Sistema Único de Saúde. Realizou-se busca nas bases de dados da BVS através dos descritores (DeCs): Programa Saúde da Família e Gerência; Programa Saúde da Família, Gerência e Enfermagem. Os 16 estudos selecionados apresentam dados de quatro regiões do país: Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Nordeste, e os períodos variaram de 2004 a 2013. Também se utilizaram 4 livros, 5 normas técnicas e 1 trabalho original. As principais contribuições da literatura selecionada foram organizadas nos temas: gerenciamento das Unidades de Saúde da Família; a gerência e o enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. Nos resultados identificou-se que na prática das USF existe um duplo e contrário movimento nesta questão do gerenciamento: de um lado as formulações das políticas de saúde, e de outro os conflitos e tomadas de decisões existentes no cotidiano dos gerentes, tendo em vista a necessidade de atender às demandas dos serviços e das equipes de saúde. Apesar de comum, não compete ao enfermeiro assumir de forma concomitante assistência de uma área e a gerência da USF. Por fim, a gestão das USF, assim como outras atividades que comumente vêm sendo desenvolvidas pelos enfermeiros, são atribuições do gerente: ofício próprio, com funções predeterminadas, que requerem conhecimento técnico, científico e prático, além de tempo hábil e dedicação exclusiva.

Descritores: Saúde da Família, Gerência, Atenção Básica, Enfermagem.

Abstract

The aim of this study was to investigate the management practice of nurses in the Family Health Strategy (FHS) in the National Health System. The search was performed in BVS databases with descriptors (DeCs.): Family Health and Management Program; Family, Nursing and Health Management Program. Was selected 16 studies wih data from four regions of the country: East, South, Midwest and Northeast, and periods ranged from 2004 to 2013 also was used four books, five technical standards and one original study. The main contributions of selected literature were organized in two themes: management of Family Health Units; and management and the nurse in the Family Health Strategy. The results it was found that the practice of USF exists a double and contrary motion in this issue of management: on one hand the formulation of health policy, and on the other, conflicts and decision-making in everyday life of existing managers with a view the need to meet the demands of services and health teams. Although common, is not for the nurse take concomitantly assistance of an area and the management of the USF. Finally, the management of the USF, as well as other activities that commonly has been developed by nurses, are functions of the responsible of the management: own craft, with predetermined functions that requires technical, scientific and practical knowledge, as well as timely and exclusive dedication .

Key-words: Family Health, Management, Primary Care, Nursing.

[1] Karen Jaqueline Santana Gomes (karen_jaqueline@yahoo.com.br) é enfermeira, ex-estagiária da Fundap, no Núcleo de Pesquisa em Práticas de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Atualmente colabora em pesquisa acadêmica de doutorado.

[2] Silvia Helena Bastos de Paula (silviabastos@isaude.sp.gov.br) é enfermeira, Pesquisadora Cientifica III do Núcleo de Práticas do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Introdução

O objetivo deste estudo foi investigar a prática gerencial do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Sistema Único de Saúde. A origem da ESF foi o Programa Saúde da Família (PSF) que surgiu no Brasil em 1994, com a proposta de substituição da demanda espontânea pela ação programática de acompanhamento longitudinal, como forma de reorientar o modelo assistencial vigente no país e romper com a dicotomia entre as ações de saúde coletiva e de atenção médica individual, a partir da Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde, como é conhecido no âmbito internacional[10,5,2,20].

Os termos Atenção Primária e Atenção Básica à Saúde são utilizados como sinônimos por alguns autores, relacionando-os às unidades locais ou a nível local de assistência. Outros situam a Atenção Primária como serviços de saúde do primeiro nível de atenção, definindo-a como porta de entrada de um sistema de saúde, tendo sua instância operacional nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas quais 85% dos problemas de saúde de uma comunidade podem ser resolvidos com o auxílio de práticas de promoção à saúde e prevenção de doenças[5,20].

A Política Nacional da Atenção Básica, em seu anexo A – Disposições Gerais – define que a Atenção Básica deve ser desenvolvida mediante as práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, por meio de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas pessoas[15].

Para Tancredi[24], gerenciar é uma função administrativa que compreende o processo de tomada de decisões que afetam a estrutura, os processos de trabalho e de produção e o produto de um determinado sistema. O gerente é responsável pelo uso efetivo e eficiente de insumos de forma que contribua para que o serviço alcance os resultados desejados. Assim, a gerência é um instrumento para efetivação de políticas e, no caso das Unidades de Saúde da Família (USF), o gerente deve prever uma equipe nuclear para atender até 1.000 famílias ou 4.500 habitantes, e cada USF deve abrigar de 4 a 6 equipes de Saúde da Família[14].

O trabalho destas equipes tem por base a família como unidade do cuidado, conhecendo os perfis de saúde presentes no território por meio de análise dos indicadores epidemiológicos, sanitários e sociais da região de abrangência da Unidade, além da coleta de dados feita porta a porta pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que permite atualização mensal da situação de saúde de cada família. Todos estes dados alimentam o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), um instrumento gerencial com características de vigilância à saúde e epidemiológica, e que norteia as tomadas de decisão das equipes de Saúde da Família[4].

Com este novo arranjo, houve então a readaptação dos processos de trabalho[11], das práticas de saúde, objetos e instrumentos de ação na Atenção Básica, que foram enriquecidas pela ideia de vínculo, corresponsabilidade com o território e comunidade, intersetorialidade e pelo caráter multiprofissional das equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, além do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que prestam atendimento universal e integral em saúde à população residente em áreas delimitadas (adscrição de clientela), garantindo acesso referenciado aos serviços de média e alta complexidade quando necessário[16,5,14,12].

A formação e atuação conjunta destas várias equipes multiprofissionais num mesmo

território ressaltam a busca pela transição nas práticas de saúde: do profissional isolado, em sua prática e no seu saber, para um trabalho em equipe, ampliando o poder de resolução das ações executadas, além de contribuir para quebrar o velho paradigma da divisão do processo de trabalho em saúde[4,20]. Os resultados positivos desse modelo de atuação sobre indicadores de saúde no cenário nacional influíram nas agendas de governo, a ponto de converter o PSF em Estratégia Prioritária para a Atenção Básica em 2006, por intermédio do Pacto pela Vida, que estabeleceu prioridades e compromisso de gestores entorno de indicadores prioritários para melhoria do perfil epidemiológico da população[7].

Todo este processo de mudança exige gerenciamento competente e empenhado das ações executadas, a fim de garantir o alcance dos resultados esperados para as USF e para a Política de Atenção Básica, além de manutenção da qualidade dos serviços prestados e avanço continuado das melhorias obtidas na vida da população atendida. Nas USF, o gerente é aquele profissional que, por meio de atos administrativos/gerenciais, executa atividades que envolvem o seu próprio esforço somados ao trabalho direcionado de sua equipe e de lideranças da comunidade[22].

Neste cenário, o enfermeiro cujo perfil de formação compreende competências para assistência, gerência, ensino e pesquisa, e seu atributo fundamental é a prestação de cuidados diretos e indiretos aos usuários, que também estão em processo de adaptação ao longo destes 20 anos de Saúde da Família.[2]

Estudos mostram a crescente atuação dos enfermeiros na gestão dos serviços e das USF, tendo, portanto, que ampliar seu olhar para toda a equipe multiprofissional e desenvolver novas competências profissionais no que tange à gestão dos processos de trabalho e à liderança de parte das ações das equipes de Saúde da Família, por ser o responsável pelo gerenciamento dos territórios[9]. Analisar como os enfermeiros vêm desenvolvendo este trabalho gerencial nas USF, identificando os principais desafios deste processo, é o objetivo principal deste artigo, com base em análise de literatura.

Método

Trata-se de parte de Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo - São Paulo[10], realizado entre março de 2012 e junho de 2013 e atualizado para este artigo. Estudo de análise de literatura realizado por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com materiais recuperados pela busca com os descritores (DeCs): Programa Saúde da Família e Gerência; Programa Saúde da Família, Gerência e Enfermagem. Obtiveram-se 69 artigos, 28 estavam disponíveis e destes, 12 foram excluídos por leitura seletiva dos resumos. Os critérios de exclusão foram os repetidos, os que não se referiam ao tema e os que não estavam disponíveis. Foram selecionados 16 artigos dispostos na íntegra, em língua portuguesa, tendo como assuntos principais a atuação da enfermagem na Saúde da Família e em Saúde Pública, publicados no período de 2005 a 2013.

Também foram consultadas 4 livros[1,11,2124] e 5 normas oficiais[12,13,14,15,22], anais de congressos[19] e *sites* oficiais de órgãos ligados ao tema, como: Ministério da Saúde, Secretarias de Estado e Municipais de Saúde, Prefeituras Municipais e Entidades Parceiras da ESF em São Paulo.

Os estudos apresentam dados de quatro regiões do país: Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Nordeste, e os períodos variaram de 2004 a 2013. As principais contribuições da literatura selecionada

foram organizadas nos temas: gerenciamento das Unidades de Saúde da Família; a gerência e o enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.

Resultados e Discussão

Gerenciamento das Unidades de Saúde da Família

O processo gerencial tem sua base na administração e em atos administrativos clássicos aplicados a determinado serviço, tais como organização, planejamento, direção e controle[1], mas outras competências têm sido apontadas nas abordagens mais recentes sobre administração e gerência em saúde.

O Documento Norteador da implantação da Rede de Apoio ao PSF da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo[22] afirma que as responsabilidades dos gerentes da USF estão atreladas a duas categorias: responsabilidades com o processo de trabalho da ESF e responsabilidades administrativas e gerenciais.

Sobre as responsabilidades atribuídas aos gerentes Rodrigues e Cunha[19] fizeram reflexão sobre o papel do gerente nas USF e ressaltaram que o gerente exerce funções de administrador, direcionando os profissionais que ocupam este cargo à compreensão das responsabilidades gerenciais sob o olhar da ciência da Administração. Por fim, agruparam as funções dos gerentes nas USF em tomada de decisão; coordenação; comunicação e informação; desenvolvimento da equipe; atividades interpessoais; visão estratégica; negociação; produção e inovação.

Tancredi[24] cita como atividades da gerência na ESF, tais como os processos de sensibilização da equipe para as diretrizes da Atenção Básica; delegar tarefas; definir diagnósticos epidemiológico e social; executar o planejamento local ascendente; atualizar os dados contidos nos sistemas de informação; avaliar o desempenho dos colaboradores e promover a integração da Unidade com os demais níveis hierárquicos do sistema de saúde, aproximando-se das funções listadas no Documento Norteador da SMS-SP[22].

Para Vanderlei e Almeida[25], a gerência das USF deve ainda adotar um caráter articulador e integrativo, ciente de que sua atuação é determinada e determinante do processo de organização dos serviços de saúde, sendo, portanto, uma peça fundamental na efetivação de políticas de saúde no plano local. Ximenes Neto e Sampaio[14] reafirmam este ponto de vista e defendem que a gestão participativa deve ser estimulada na ESF por ser elemento fundamental para o desenvolvimento da democracia e da cidadania plena no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Na prática das unidades, porém, nota-se um duplo e contrário movimento nesta questão do gerenciamento: de um lado as formulações das políticas de saúde, e de outro os conflitos e tomadas de decisões existentes no cotidiano dos gerentes, tendo em vista a necessidade de atender às demandas dos serviços e das equipes de saúde[25].

Muitas vezes opostas, esta dualidade interfere negativamente na gestão dos serviços e, consequentemente, na qualidade do atendimento realizado pelos profissionais. Enfrentam-se com frequência problemas aos quais as soluções estão fora do alcance dos profissionais, seja por falta de condições financeiras seja estruturais nas próprias Unidades, seja por déficit de autonomia ou seja ainda por falta de capacidade técnica de seus gestores.[10]

Em algumas situações, os escassos recursos de ordem organizacional, material, cognitiva e também ética fazem com que o trabalho da gerência se reduza a controlar e a executar as funções burocráticas predeterminadas, prejudicando

a efetividade e a qualidade dos serviços prestados nas unidades em questão[25].

Considerando os princípios do SUS e os objetivos da ESF, utilizar mais tecnologias leves (das relações), considerando os profissionais de saúde e os usuários como atores em potencial na produção das ações de saúde, e compreendendo-os como corresponsáveis do trabalho em saúde, é o primeiro passo para se atingir a eficiência gerencial de um serviço de saúde, admitindo assim uma visão mais dinâmica dos processos organizacionais[25].

Outro problema sério enfrentado nas USF é a falta de processo estruturado para a ascensão dos profissionais em suas carreiras e quanto aos cargos de gestão. Em Sobral (CE), Ximenes Neto e Sampaio[14] realizaram estudo com 28 gerentes de território da ESF, no período de novembro de 2006 a junho de 2007 e evidenciaram que os processos "seletivos" das Unidades de Saúde não levam em consideração o perfil de competências necessário a cada cargo, sendo estes definidos sem um padrão de método e com indicações ou escolhas verticais.

Frise-se que gerenciar USF não é tarefa exclusiva de nenhuma das 14 carreiras da área da Saúde. Para o gerenciamento adequado das condições de saúde de um território é necessário que os profissionais compreendam processos amplos, de macropolítica tais como as questões socioeconômicas, políticas, culturais, históricas, e micropolíticas envolvidas na articulação e funcionamento das comunidades, tendo em vista a influência direta e indireta destes aspectos no processo saúde-doença da população local. Além disso, a função de gerente de uma Unidade de Saúde requer domínio de saberes e práticas de diversas áreas do conhecimento humano, necessitando, portanto, de profissionais com capacidades específicas[25,3].

A gerência e o enfermeiro na Estratégia Saúde da Família

A atividade de gerência e supervisão sempre estiveram presentes na formação e no trabalho do enfermeiro, permeando o processo do cuidar[21]. Jonas, Rodrigues e Resck[9] definiram o perfil gerencial do enfermeiro como um conjunto de atitudes, aptidões e habilidades mediante as quais ele desenvolve a gestão dos serviços de enfermagem ou de saúde. Algumas das principais características inclusas neste perfil gerencial são: liderança, motivação, comunicação, capacidade para lidar com conflitos, conhecimento técnico-científico para avaliar e identificar as necessidades de saúde da população e ética[9,21].

Ximenes Neto e Sampaio[26] constataram que as ações e serviços gerenciais das USF de Sobral (CE), na Região Nordeste, sempre estiveram centrados nos enfermeiros, e atribuem isso a alguns fatos: a experiência prévia dos enfermeiros com o gerenciamento do cuidado e da equipe de enfermagem; o excesso de burocracia envolvido na gestão de um serviço ou de uma Unidade de Saúde e a baixa remuneração para a carga de trabalho e as responsabilidades inerentes à gerência de uma USF. Assim, várias categorias profissionais se negam a assumir o cargo sob essas condições e também por muitas vezes serem cobrados simultaneamente por atividades de assistência direta.

Rodrigues e Juliane[18] também confirmaram este fato em sua pesquisa realizada na Região Sudeste, em município do Interior de São Paulo, de março a junho de 2007, com 10 enfermeiros das USF, onde foi abordada a perspectiva destes sobre a sua atuação nos serviços e sobre o processo de cogestão na Estratégia Saúde da Família. Identificou-se que todas as atividades ligadas à gerência das unidades ficavam reservadas

aos enfermeiros, levando-o a conduzir assuntos que não são de sua competência profissional, muitas vezes por imposição da própria instituição de trabalho.

Ainda na Região Sudeste, o estudo desenvolvido por Jonas, Rodrigues e Resck[9] com 15 profissionais de duas Equipes de Saúde da Família – ESF (dez ACS, dois enfermeiros, dois médicos e um auxiliar de enfermagem) do município de Alfenas (Minas Gerais), de agosto a setembro de 2009, com o objetivo de compreender e analisar os limites e as possibilidades do processo de trabalho gerencial do enfermeiro nas equipes do Programa Saúde da Família, indicou que os enfermeiros assumem o papel de gerente, coordenando, administrando e gerenciando o trabalho das USF e dos membros da equipe, tendo de ampliar seu olhar para o trabalho de toda a equipe multiprofissional. Por desenvolver a função de gerente do serviço de saúde, há uma sobrecarga de atividades, principalmente as de cunho burocrático, ocasionando no seu distanciamento da assistência aos usuários.

Ao avaliar as competências requeridas para o trabalho dos médicos e enfermeiros na Atenção Básica, foi identificado no mesmo estudo que entre enfermeiros, a gerência é uma competência indispensável, e que esta não foi consenso entre os médicos, que não a consideraram necessária para sua atuação[9]. Este resultado é semelhante ao encontrado por Ximenes Neto e Sampaio, evidenciando que o distanciamento dos médicos da gestão das USF se apresenta em grande parte dos territórios cobertos pela ESF[9,26].

Durante os estágios da graduação, na disciplina de Gestão de Enfermagem em Saúde Pública, realizados em diversas USF da cidade de São Paulo, entre 2012 e 2013, também ficou claro que é prática comum os enfermeiros assumirem a gerência das Unidades, tida até como parte da sua rotina nos serviços. Nestes locais, obedece-se, "normalmente" a "escalas semanais", rodiziando cada enfermeiro das equipes de Saúde da Família nas funções de gerente, mesmo quando há um gestor local, o que torna a questão ainda mais equivocada. Nesses "plantões administrativos", executam-se a supervisão dos serviços prestados na Unidade, o acolhimento dos usuários e a resolução das demandas da clientela e dos profissionais em atividade. Os gerentes, por sua vez, costumam desenvolver as funções "mais burocráticas", por assim dizer, como controle de indicadores e formulação de relatórios cobrados pelos órgãos gestores (Secretarias de Saúde, Organizações Sociais de Saúde etc.)[10].

Outros exemplos desta "burocratização" da gerência nas USF estão no estudo desenvolvido Spagnuolo e Pereira (2007)[23], que abordou os processos de comunicação que se colocam sobre as práticas de saúde dos enfermeiros no PSF, mediante revisão de literatura de janeiro de 1994 até dezembro de 2004. Constatou-se que os enfermeiros vêm desenvolvendo uma gestão mais direcionada as necessidades dos serviços e ao cumprindo normas e regulamentos, reproduzindo o que é preconizado pelas organizações nas quais atuam, ou ainda por outros profissionais, especialmente a equipe médica, na maior parte do tempo. Esta forma de gerenciar vem contribuindo amplamente para o não atendimento das reais necessidades dos usuários, gerando inclusive insatisfações na equipe de enfermagem.

Oliveira et al[17] realizaram estudo com nove profissionais da equipe de enfermagem (três enfermeiros, três técnicos de enfermagem e três ACS) de três USF do município de Mossoró (Rio Grande do Norte), de outubro de 2010 a janeiro de 2011, com o intuito de conhecer como a equipe de enfermagem visualiza o perfil gerencial dos enfermeiros enquanto gerente das equipes de

Saúde da Família, e também obtiveram resultados semelhantes. Percebeu-se que os enfermeiros conhecem a gerência de enfermagem, mas não têm conseguido desenvolvê-la de forma participativa e democrática, como é preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica.

A explicação que se identificou na literatura, é que na maioria das vezes isto se deve à sobrecarga de trabalho que o enfermeiro tem nas USF, que o leva à menor disponibilidade de tempo para desenvolver da melhor forma suas funções nas USF, além da frequente falta de colaboração dos demais membros das equipes com as atividades que são, em regra geral, de responsabilidade de todos. Existe, portanto, uma questão de legitimidade e liderança a ser mais bem discutida na formação e no processo de trabalho da USF.

Algumas das funções que mais carecem de atenção dos enfermeiros no cotidiano das USF são o gerenciamento de enfermagem e a educação permanente da equipe (ACS e auxiliares e técnicos de enfermagem). Isto ficou claro durante os estágios da graduação, na disciplina de Gestão de Enfermagem em Saúde Pública[10], assim como em discursos de alguns profissionais do estudo de Oliveira et al[17]:

> *[...] O enfermeiro poderia dar mais suporte para os agentes de saúde. Pois as atividades do posto de saúde ocupam quase todo o tempo da enfermagem (ACS2). [...] Sim, temos uma grande sobrecarga de trabalho, somos responsáveis por toda parte burocrática e nosso tempo fica muito limitado e não podemos gerenciar as ações como deveríamos. Assumimos vários papéis mesmo que involuntariamente (Enf2). [...] (Oliveira et al 2012, p.41-42)*[17]

Do ponto de vista normativo, ao menos dois documentos importantes regulam a atuação dos profissionais na ESF: o Documento Norteador da implantação da Rede de Apoio ao PSF, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo[22], e a Portaria nº 2.488 do Ministério da Saúde, de 21 de outubro de 2011[13], que aprovam a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O primeiro Documento define que os enfermeiros desenvolvem suas atividades em dois campos de atuação de forma integrada: no processo de organização das Unidades Básicas de Saúde e nos processos de formação, capacitação e educação permanente, em conjunto com os demais membros das equipes multiprofissionais e das comunidades. Destacaram-se o apoio à organização do processo de trabalho dos ACS e equipe de enfermagem, e suas ações diretas e indiretas no atendimento de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades[22].

Já a norma nacional[13] define as atribuições específicas do enfermeiro em seu item 4.3.2.1., que são: realizar atenção a indivíduos e famílias cadastradas; consulta de enfermagem generalista; atenção à demanda espontânea e programada; ações gerenciais de planejar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, em conjunto com os outros membros da equipe; educação permanente; gerenciamento de insumos.

Não é descabido então, se pensar que uma das maiores dificuldades encontradas pelos enfermeiros seja a difícil conciliação de tantas funções no seu cotidiano, que ainda são acrescidas às múltiplas funções de gerente, cargo assumido, delegado ou "embutido" nas práticas de muitos enfermeiros em diversas USF do país. Esta sobrecarga de trabalho, principalmente de atividades gerenciais e burocráticas, distancia o enfermeiro da assistência de enfermagem, causando

prejuízo à população e à sua equipe, que necessitam de seu atendimento de formas distintas.

O estudo de Ximenes Neto e Sampaio[26] também tratou esta interface do trabalho assistência com gerencial, evidenciando que as maiores dificuldades enfrentadas por eles no gerenciamento dos territórios na ESF são a conciliação do trabalho assistencial com o gerencial, o acúmulo de funções e consequente sobrecarga de trabalho. Outras barreiras apontadas foram a falta de capacitação de muitos profissionais para a prática do gerenciamento, a pouca autonomia e o excesso de burocracia presente neste processo, além da 'politicagem' envolvendo a área da saúde, algo muito explorado em épocas de eleição na região.

O trabalho de Rodrigues e Juliani[18] revelou ainda outra dificuldade da prática dos enfermeiros nas USF: a incoerência na postura adotada pelos profissionais das Secretarias de Saúde, que muitas vezes direcionam aos enfermeiros questões que deveriam ser compartilhadas com toda a equipe multiprofissional, sobrecarregando-os ainda mais.

Considerações Finais

Nota-se, portanto, que a ESF é um campo vasto, cheio de desafios e possibilidades de crescimento profissional para os enfermeiros por sua função na liderança das equipes de Saúde da Família, além de crescente espaço na gestão dos serviços de saúde. Esta atuação diversificada, porém, também tem gerado sobrecarga de trabalho e diminuição da qualidade dos serviços desenvolvidos, principalmente as atividades ligadas à assistência aos usuários, ao gerenciamento de enfermagem e à educação permanente da sua equipe.

A literatura mostra uma situação preocupante nas USF do país que é a falta de processo de trabalho gerencial bem estruturado para esses serviços, que seja pautado nas necessidades dos usuários, dos profissionais, nas normas reguladoras da Atenção Básica e nos princípios do SUS. Um modelo de gerência local que considere a realidade potencialmente caótica do cotidiano de uma unidade de saúde, porta de entrada, envolvida com diferentes processos da comunidade e que lida com um conjunto de demandas externas vindas de estruturas administrativas da Secretaria de Saúde e de outros setores.

Apesar de comum, não compete ao enfermeiro assumir de forma concomitante assistência de uma área e a gerência da USF, mesmo que por períodos curtos ou pela ausência de um gerente local. Cabe a ele, assim como a outros profissionais das equipes de Saúde da Família, participar e colaborar com os gestores nas atividades que lhes sejam próprias, que estejam vinculadas ao seu objeto de trabalho, ou seja, a assistência direta e indireta aos usuários, famílias e comunidades.

A gestão da Unidade de Saúde, assim como outras atividades que comumente vêm sendo desenvolvidas pelos enfermeiros são atribuições do gerente: ofício próprio, com funções predeterminadas, que requer conhecimento técnico, científico e prático, além de tempo hábil e dedicação exclusiva.

Parece ser opção favorável a readequação do quadro de profissionais das USF, com a criação de uma equipe de gestão, com cargos e atribuições definidas pela Política Nacional de Atenção Básica, a fim de evitar a sobreposição de papéis frequente na atuação das equipes de Saúde da Família em todo o país.

Além disso, é urgente a necessidade de se repensar o processo de trabalho nas USF, "desburocratizando" as tarefas e apropriando-se mais de práticas de gestão centradas no cuidado, garantindo assim maior qualidade nas ações

desenvolvidas pelos profissionais de saúde da atenção básica. Os sistemas de informação, os fluxos, as estratégias matriciais, a ampliação do cadastro de Cartão SUS, e integração com os sistemas de informação podem facilitar o processo de trabalho da gerência.

Enfim, a efetivação da gestão colegiada, democrática e participativa nas Unidades de Saúde deve ser intensificada por estímulos à participação dos profissionais e da própria população nos Conselhos Gestor e de Saúde, nos quais o planejamento das ações de saúde acontece, promovendo assim um dos pilares do SUS: o Controle Social essencial na busca do cuidado integral da sua população.

Referências Bibliográficas

1. Arndt C, Huckaday L D. Administração à Enfermagem. 2.ed. Rio de Janeiro: Interamerica; 1993; 367p.
2. Baratieri T, Marcon SS. Identificando facilidades no trabalho do enfermeiro para o desenvolvimento da longitudinalidade do cuidado. Rev. enferm. UERJ. 2011 abr-jun; 19(2):212-217. Acesso em 22 de setembro de 2014. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a07.pdf
3. Benito GAV, Becker LC, Duarte J, Leite DS. Conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no Programa Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2005 nov-dez; 58(6):635-40. Acesso em 23 de setembro de 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a02v58n6.pdf
4. Bittar TO, Meneghim MC, Mialhe FL, Pereira AC, Fornazari DH. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. RFO. 2009 jan-abr; 14(1):77-81. Acesso em 22 de setembro de 2014. Disponível em: file:///F:/Artigo%20BIS/Fontes/bittar%20et%20al%202008.pdf
5. Dias MAG, Cunha FTS, Amorim WM. Estratégias gerenciais na implantação do Programa de Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2005 set-out; 58(5):513-518. Acesso em 23 de setembro de 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a03v58n5.pdf
6. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública. 2006 jun; 22(6):1171-1181. Acesso em 22 de setembro de 2014. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n6/06.pdf
7. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14(3):783-794. Acesso em 22 de setembro de 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf
8. Guedes JS, Santos RMB, Lorenzo RAV. A Implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no estado de São Paulo (1995 – 2002). Saúde Soc. 2011; 20(4):875-883. Acesso em 22 de setembro de 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/06.pdf
9. Jonas LT, Rodrigues HC, Resck ZMR. A função gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades. Rev. APS. 2011 jan-mar; 14(1):28-38. Acesso em 23 de setembro de 2014. Disponível em: http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/977/443
10. Martins BMS, Furquim E, Gomes KJS. A prática gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família [trabalho de conclusão de curso]. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2013. 57p. Curso de Enfermagem. Disponível no Sistema Integrado de Bibliotecas Pe. Inocente Radrizzani.
11. Mendes-Gonçalves RB. Tecnologias e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1994.
12. Ministério da Saúde (Brasil), Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Acesso em 22 de setembro de 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
13. Ministério da Saúde (Brasil), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Acesso em 23 de setembro de 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
14. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretriz conceitual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Acesso em 22 de setembro de 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/dab.php
15. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Acesso em 23 de setembro de 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf

16. Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 2(10):333-345. Acesso em 22 de setembro de 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a11v10n2.pdf

17. Oliveira FEL, Fernandes SCA, Oliveira LL, Queiroz JC, Azevedo VRC. A gerência do enfermeiro na estratégia Saúde da Família (artigo original). Rev Rene. 2012; 13(4):834-44. Acesso em 23 de setembro de 2014. Disponível em: file:///F:/Artigo%20BIS/Fontes/oliveira%20et%20al%202012.pdf

18. Rodrigues LCR, Juliani CMCM. O Processo de Cogestão na Estratégia Saúde da Família: Perspectiva de Enfermeiros. Cienc Cuid Saude. 2010 abr-jun; 9(2):390-397. Doi: 10.4025/cienccuidsaude.v9i2.7957

19. Rodrigues PC, Cunha ICKO. A Ciência da Administração e o papel dos gerentes de Unidades de Saúde da Família (USF): é possível um diálogo? Anais do 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, Belo Horizonte – MG; 2013. Acesso em 23 de setembro de 2014. Disponível em: http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/005.pdf

20. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: A Construção de um Novo Modelo de Assistência. Rev Latino-am Enfermagem. 2005 nov-dez; 13(6):1027-1034. Acesso em 22 de setembro de 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf

21. Santos A, Miranda SMRC. A Enfermagem na Gestão em Atenção Primaria a Saúde. São Paulo: Martinari; 2007.

22. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Documento norteador: responsabilidades da rede de apoio à implantação do PSF. São Paulo: 2002. Acesso em 23 de setembro de 2014. Disponível em: http://www5.prefeitura.sp.gov.br/downloads/cartilha2

23. Spagnuolo RS, Toralles-Pereira ML. Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura. Ciência & Saúde Coletiva. 2007; 12(6):1603-1610. Acesso em 22 de setembro de 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n6/v12n6a19.pdf

24. Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. Planejamento em saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1998. (Série Saúde & Cidadania, 2)

25. Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva. 2007; 2(12):443-453. Acesso em 23 de setembro de 2014. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012218

26. Ximenes Neto FRG, Sampaio JJC. Processo de ascenção ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2008 jan-fev; 61(1):36-45. Acesso em 23 de setembro de 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/06.pdf

Caminhos do profissional pesquisador: contribuições/ limitações da participação na pesquisa de serviços de saúde

Maria Auxiliadora Campos Rodrigues[1] Rosana Onocko-Campo[2]

Resumo

O presente estudo tem como objetivo reconhecer quais são os avanços e as limitações experimentados por profissionais de saúde mental no processo de pesquisar a utilização de medicamentos em seu próprio espaço de trabalho por meio do apoio matricial. O termo Apoio será contextualizado na metodologia Paideia, caracterizado como um referencial de gestão e pedagógico para a formação em saúde. O estudo se caracteriza como uma pesquisa participativa pensada e conduzida pelos profissionais dentro do seu próprio ambiente de trabalho e pela relevância do tema do uso e abuso dos medicamentos nos serviços de saúde nos últimos anos no Brasil. Os resultados, ainda preliminares, destacam a experiência inovadora do apoio matricial específico para a pesquisa científica, qualificando as novas intervenções dos profissionais de saúde no seu próprio processo de trabalho.

Palavras-chaves: Profissional-pesquisador; serviços de saúde; apoio matricial

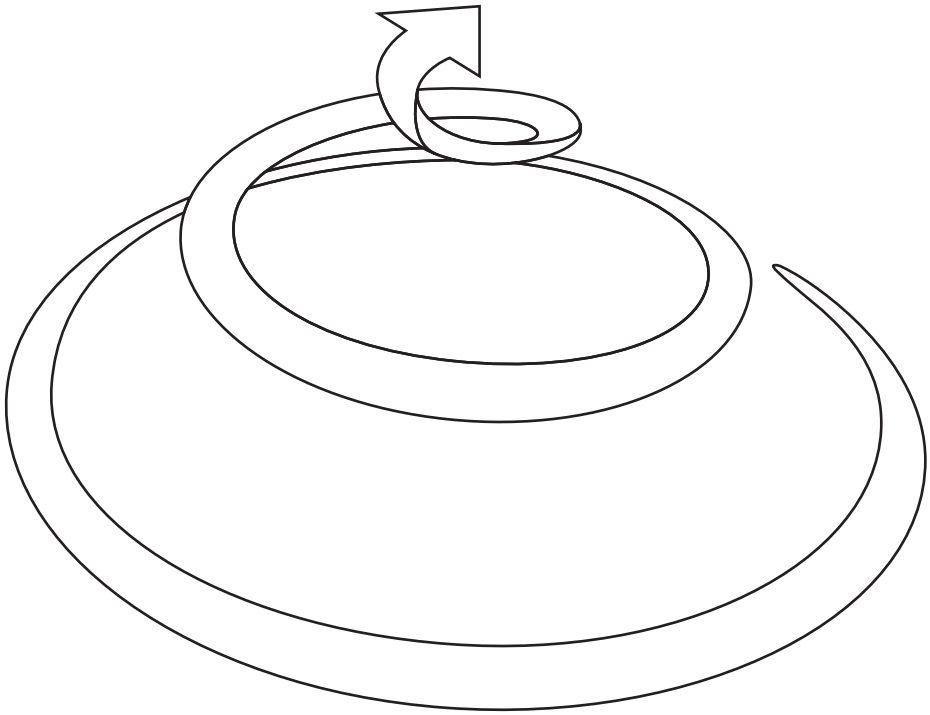
Abstract

The present study aims to recognize the advances and limitations experienced by mental health professionals in the process of researching the use of medicines in their own workplace through matrix support. The term "support" will be contextualized in the Paideia methodology and characterized as a management and pedagogical reference to health training. The study is portrayed as a participatory research that is both thought and conducted by professionals within their workplace, as well as by the subject's relevance for the use and the abuse of medicines in Brazil's health service in recent years. Although preliminary, the results highlight the innovative experience of matrix support to scientific research, qualifying the new interventions of health professionals in their own work process.

Key words: Professional-researcher, health services, matrix support

[1] Maria Auxiliadora Campos Rodrigues (mariarodriguespsico@yahoo.com.br) é psicóloga formada pela Universidade Federal de Mato Grosso (2004-2008) e Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

[2] Rosana Onocko-Campo (rosanaoc@fcm.unicamp.br) é Doutora em Saúde Coletiva, Professora associada do Departamento de Saúde Coletiva da /Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).



Política Nacional de Saúde Mental

As concepções e modos de se trabalhar em Saúde Mental no Brasil sofreram grandes transformações na rede de saúde pública nas ultimas décadas. O Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi a base desse novo ideário cujo argumento principal é promover a efetiva substituição do antigo modelo hospitalocêntrico, fundado na vigilância, no controle e na disciplina[1], por uma rede de cuidados de base territorial e comunitária. O novo paradigma da atenção/reabilitação psicossocial[7], claramente, se posicionou a favor da implantação de serviços de saúde mental que substituíssem aqueles pautados pelo modelo hospitalocêntrico.

Em 2001, foi aprovada a Lei nº 10.216, que dispôs sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Também nesse ano, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual se afirmou que os CAPS eram instrumentos centrais para as mudanças na atenção da saúde mental.

Em 2010, os debates da IV Conferência Nacional de Saúde Mental reafirmaram o campo da saúde mental como intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional, intersetorial, e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral.

Os usos e abusos de medicamentos nos serviços de saúde

No capitalismo, o produto é mais demandado pelo seu valor de troca do que pelo seu valor de uso tornando-se necessidades sociais[5]. Essa característica marca também a área da saúde. Assim,

> *os "novos" medicamentos e procedimentos terapêuticos e diagnósticos tornam-se então uma necessidade social, influenciando os serviços de saúde e a percepção de qualidade da população e até dos profissionais* (CUNHA, 2005, p.66).

O que observamos é o crescimento do tratamento medicamentoso. Alguns estudiosos

afirmam que o imperativo pelo medicamento produz a denominada medicalização. Conrad[7] descreve a medicalização como um processo pelo qual os problemas não médicos são definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças ou distúrbios, gerando um destaque para a figura do médico e fortes laços com a indústria farmacêutica.

Nesse sentido, alguns autores apontam correlações dos usos e abusos de medicamentos pela atenção primária à saúde. Santos[17] realiza em algumas unidades básicas de saúde do município de Campinas-SP uma pesquisa com objetivo de comparar se os equipamentos com e sem arranjos da clínica ampliada têm comportamentos diferentes em relação ao emprego de psicotrópicos na dinâmica de suas ações em saúde. Nessa pesquisa observa altas taxas de dispensação de psicofármacos entre a população adscrita: 8 a 10% em uso de antidepressivos, e 7,5% em uso de benzodiazepínicos. Também são percebidos longos períodos de uso, com esparsas reavaliações destes tratamentos e carência de ofertas terapêuticas alternativas[13].

No cenário internacional, estudo realizado no contexto da Espanha, Israel, Austrália, Brasil, Rússia e EUA, também voltado para campo da atenção primária, alerta para o paradoxo do suporte psicofarmacológico na clínica médica da saúde mental, onde encontraram populações com quadros depressivos expressivos submedicalizadas, enquanto populações portadoras de sintomas e que não chegavam a preencher os critérios diagnósticos para transtornos mentais eram iatrogenizadas.

Outro estudo, que também ressalta o tema da prescrição dos psicofármacos, este no contexto brasileiro, foi realizado nos anos de 2008 e 2010 por pesquisadores em saúde mental ligados ao Grupo de Pesquisa Interfaces/Unicamp[III]. O objetivo do estudo era adaptar para a realidade brasileira o Guia de Gestão Autônoma da Medicação, criado no Canadá na década de 1990. Esse guia foi desenvolvido a partir de narrativas colhidas durante dez meses, em reuniões organizadas na forma de Grupos de Intervenção (GIs) nas cidades de Campinas (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Novo Hamburgo (RS), o Guia GAM – BR assim produzido mostrou-se como uma ferramenta potente na qualificação do uso responsável de psicofármacos nos serviços de saúde mental[15 17].

Resumindo, esses estudos apontam a primazia do tratamento medicamentoso, tanto nos serviços de saúde, como na resposta aos desconfortos físicos e psíquicos dentro dos lares. Há uma tendência a todo prognóstico ser direcionado pelo uso desta ou daquela medicação, impondo um único caminho a ser seguido. E consequentemente, vemos a autonomia dos sujeitos ser minimizada nessa relação.

Grupo de Trabalho (GT) em Medicamentos: profissionais pesquisadores

As discussões sobre o uso da medicação também foram pauta das reuniões de planejamento em 2010 de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) do município de Campinas/SP. Foi proposto por parte da equipe de profissionais um Grupo de Trabalho (GT) em Medicamentos, que, na tentativa

[I] Grupo de pesquisa do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas –UNICAMP. Através da Linha de Pesquisa "Gestão e Subjetividade: Estudos das Práticas e Políticas de Saúde" desenvolve estudos e pesquisas das práticas e políticas de saúde, tanto no nível das redes quanto dos estabelecimentos, com ênfase nos processos de gestão e na mudança dos modelos assistenciais. Além disso, desenvolve pesquisas na interface entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental, com sistematização de discussão metodológica na linha de pesquisa qualitativa, participativa e de abordagem hermenêutico-narrativa.http://www.fcm.unicamp.br/interfaces/

de objetivar as discussões, idealizou a realização de um estudo a respeito da utilização de medicamentos no serviço. Pretendia-se através de parâmetros qualitativos e quantitativos, evidenciar aspectos importantes relacionados à utilização de medicamentos no serviço e subsidiar ações direcionadas à equipe e aos usuários.

O grupo multiprofissional foi formado por médico, farmacêutica, enfermeiras, técnica de enfermagem e psicólogo, contemplando a diversidade de profissionais que atuavam no serviço e que lidam de diferentes formas com o tratamento medicamentoso dos usuários. Esses profissionais, ao mesmo tempo, estavam no papel de sujeitos da pesquisa, como também no papel de agentes pesquisadores.

Na pesquisa, partiram primeiro para uma investigação quantitativa, com o levantamento de dados referentes ao uso de medicação através dos registros e prescrições médicas e posteriormente realizaram uma investigação qualitativa com a utilização de grupos focais e questionários fechados para a coleta de dados.

Outro ponto importante trazido no projeto dos profissionais pesquisadores foram as devolutivas, conforme pactuação feita com os demais membros da equipe no início das atividades da pesquisa, bem como a pretensão de que o estudo possa ser publicado como forma de compartilhar os resultados com outros profissionais e serviços da área da saúde.

No início dos trabalhos da pesquisa, esses profissionais realizam o pedido de Apoio ao Grupo de Estudo Interfaces/Unicamp, para serem auxiliados no desenvolvimento teórico-metodológico da investigação.

Nesse artigo apresentamos os resultados de uma pesquisa realizada *ad hoc* e cuja pergunta central foi compreender quais experiências vividas por esses profissionais de saúde mental no processo de pesquisar a utilização de medicamentos em seu próprio espaço de trabalho. Destacaremos aqui que potencialidades foram construídas por meio do Apoio Matricial realizado pelo Grupo de Pesquisa Interfaces durante o percurso da pesquisa dos profissionais-pesquisadores.

Recursos metodológicos

Para compreender as experiências do processo de apoio aos profissionais-pesquisadores foram utilizados primeiramente registros dos diários de campo, organizados pela pesquisadora, em que foram descritos considerações, observações e acontecimentos vivenciados nos espaços coletivos. A escrita foi construída durante os encontros de profissionais pesquisadores e apoiadoras que ocorriam uma vez por mês. Os encontros eram de aproximadamente 1 hora. Os diários são referentes ao período do inicio do apoio, em julho de 2012, até agosto de 2013.

A segunda forma de coleta de dados se deu pela análise de fontes documentais que os próprios profissionais-pesquisadores construíram durante a pesquisa (Projeto de pesquisa, dados qualitativos e quantitativos do projeto). A análise documental teve como principal objetivo expor mais visivelmente ideias, concepções e conceitos que emergiram a partir da intervenção.

Ainda, dando continuidade ao processo de coleta de dados, observamos o material construído em uma Oficina dos profissionais-pesquisadores do CAPS/AD com o Grupo de Pesquisa Interfaces/Unicamp. Esse encontro foi gravado para a melhor utilização dos registros[9].

As estratégias de interpretação lançaram mão do referencial da Análise institucional e da hermenêutica

O olhar da análise institucional possibilita, segundo L'Abbate[11], a articulação entre intervenção

e pesquisa, entre teoria e prática e tem por objetivo compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos seus sujeitos. Nesse intento utilizam-se conceitos como encomenda e demanda, transversalidade, analisador e implicação.

Para análise do material também foi utilizada a abordagem hermenêutica que recorre a teoria de Gadamer[10]e de Ricoeur[16]. Considerando a hermenêutica como uma postura de interrogação – e não como um método a ser aplicado – que tem como finalidade buscar a compreensão e assim restabelecer o sentido alterado ou inexistente. É sua tarefa esclarecer as condições sob as quais a compreensão é possível e não desenvolver e aplicar um procedimento para compreensão, ou seja, a Hermenêutica aqui longe de ser apenas um campo de saber que examinava os sentidos e significados de um texto, tem uma ambição mais ampla que é a de examinar as relações entre um texto e o viver.

Apoio Matricial em pesquisa científica: qualificando novas intervenções nos serviços de saúde

Como referência para este trabalho o termo Apoio será contextualizado na metodologia Paideia[6], caracterizado como o referencial clínico-pedagógico para a formação em saúde.

> *Neste sentido, o Apoio Paideia reúne recursos metodológicos voltados para lidar com estas relações entre sujeitos de um outro modo. Um modo interativo, um modo que reconhece a diferença de papéis, de poder e de conhecimento, mas que procura estabelecer relações construtivas entre distintos atores sociais.* (CAMPOS, 2003, p.86)

Para Campos[6] o trabalho de apoio reconhece às organizações uma tríplice finalidade: trabalho para produzir valor de uso para terceiros; trabalho para o sujeito, assegurando a própria existência social e construindo significados para a vida; trabalho para reprodução das condições de trabalho e das próprias organizações.

A denominação Apoio Matricial refere-se a processos nos quais geralmente um profissional oferece apoio em sua "especialidade" para outros profissionais, equipes e setores[2]. No sentido dado por Campos[3], uma equipe de apoio matricial seria composta por um ou mais profissionais de saúde, detentores de certo saber específico, que apoiam, utilizando-se para isso de diversas modalidades de processos, uma ou mais equipes de referência.

Processo e Resultados

Após a demanda dos trabalhadores-pesquisadores, iniciou-se o Apoio ao GT em medicação, em relação aos caminhos da pesquisa cientifica que iniciaram no próprio serviço. Nesse processo de apoio então, a "especialidade" em jogo foi o da formação acadêmica em pesquisa das apoiadoras.

A experiência das apoiadoras em pesquisa científica, formação voltada a pesquisas de cunho qualitativo e de intervenção, abriu portas para que a pesquisa dos profissionais-pesquisadores fosse compartilhada pelos vários atores sociais (profissionais e usuários) que circundavam a problemática da qualificação do tratamento medicamentoso dentro do serviço. O trecho abaixo, parte da discussão dos nossos primeiros encontros, nos exemplifica essa abertura.

> *Com a chegada da apoiadora anterior, o grupo além de pensar no campo dos profissionais, também se propõe a fazer uma parte com os usuários, na forma dos grupos focais. Então, além da parte quantitativa inicial, continuam o trabalho, mesmo sem a médica, pensando numa parte qualitativa.* (Diário de campo-apoiadora)

A proposta do Apoio Matricial, segundo Campo e Domitti[5], é a aposta, como em outros

países, no "empoderamento" dos trabalhadores de saúde com a responsabilidade de regulação do sistema, a partir de suas próprias tomadas de decisão em coerência com as diretrizes clínicas, princípios e diretrizes operacionais do sistema.

Tal empoderamento pode ser observado, desde o início da pesquisa dos profissionais-pesquisadores, revelando o potencial da intervenção da pesquisa participativa, principalmente quando retomamos um ponto importante que justifica a sua relevância: o tema do medicamento e os vários outros questionamentos que emergem a partir desse. O engajamento dos profissionais em um grupo de pesquisa com finalidades que acreditam ser positivas para o serviço parece também um fator de consistência das atividades. De acordo com Onocko Campos[13],

> *ser um trabalhador da saúde, do SUS e acreditar no valor positivo do próprio trabalho constituem funções estruturantes da subjetividade e ajudam a suportar o mal-estar advindo das tarefas coletivas (p.578).*

Também é importante destacar nosso entendimento de que a constituição dos papéis de apoiador e de apoiado coemergem em ato no encontro, o que nos obriga a considerar a dificuldade de conciliar os arranjos fixos de organização do processo de trabalho. Por isso, em vários momentos, as discussões metodológicas de pesquisa deram espaço para o desabafo dos profissionais diante das dificuldades em conciliar o tempo de pesquisa e o tempo de trabalho, como vemos no trecho a seguir:

> *Hoje o encontro, além dos desabafos dos profissionais, foi mais para reafirmarem o potencial da pesquisa, para que não se perdessem nas dificuldades.* (Diário de campo-apoiadora)
>
> *Relatam estarem bastante cansados e falam da dupla rotina de ser profissional e pesquisador.* (Diário de campo- apoiadora)

Considerações finais

Assim, por meio do Apoio Matricial construído nesse processo de pesquisa, o estudo se caracteriza por fomentar a capacidade de análise, de geração de novos olhares e de estimular entendimentos reflexivos e metodológicos relacionados à utilização de medicamentos no serviço e seus desdobramentos nas ações de trabalho.

Além do potencial do Apoio Matricial específico a pesquisa científica, qualificando a intervenção dos trabalhadores dentro do próprio contexto de trabalho, o estudo abriu campo para outra forma de se trabalhar na perspectiva Ensino-Pesquisa-Extensão das universidades públicas brasileiras. Dessa maneira, esse modelo de apoio, pode ser também um canal entre universidade e os serviços de saúde, evidenciando a expressão do nosso compromisso social.

Referências bibliográficas

1. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. Saúde mental e psicossocial.

2. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc Saúde Col. 1999;4(2):393-403.

3. Campos GWS. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec; 2003. 185p.

4. Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos. 3. Ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

5. Campos GWS, Domitti A. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Públ. 2007;23(n.2):399-407.

6. Conrad P. Medicalization and social control. Ann Rev Sociol [periódico na internet]. 1992 [acesso em 22 maio 2013];18:209–232. Disponível em: http:/www.annualreviews.org/journal/soc

7. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaios – Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-168.

8. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica [tese de doutorado]. Campinas; Universidade Estadual de Campinas;2005.
9. Ferrer A , Onocko Campos R , Miranda L, Gama C P, Trapé TL. Oficina de construção de indicadores e dispositivos de avaliação: uma nova técnica de consenso. Est Pesq Psicol [periódico na internet]. 2010; 10(1):221-241.
10. Gadamer HG. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Meurer F, tradutor. Petrópolis: Vozes; 1997. 731p.
11. L'Abbate S. Intervenção e pesquisa qualitativa em análise institucional. In: Barros NF, Cecatti JG, Turato ER, organizadores. Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas; 2005. p.235-246.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília; 2008.
13. Onocko Campos R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. Ciênc Saúde Col. 2005;10(3):573–583.
14. Onocko Campos R, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. Ciênc Saúde Col. 2011;16(12):4643-4652.
15. Onocko Campos R, Palombin, AL, Silva AE, Passos E, Leal EM, Serpa Júnior OD, et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. Interface: Comun Saúde Educ. 2012:16(43):967-980.
16 Ricoeur P. Tempo e narrativa. Marcondes C, tradutor. São Paulo: Martins Fontes; 1994. t.1,327 p.
17 Santos D. Uso de psicotrópicos da Atenção Primária do Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada: "uma pedra no sapato" [dissertação de mestrado]. Campinas:Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas: 2009.

Planejamento Familiar e Reprodutivo na Atenção Básica do Município de São Paulo: direito constitucional respeitado?

Family and reproductive planning in primary care of city of São Paulo: constitutional right respected?

Regina Figueiredo[1] Júlio Mayer de Castro F[o2] Suzana Kalckmann[3]

Resumo

O artigo analisa a implementação da política de Planejamento Familiar no município de São Paulo mediante a avaliação da oferta de contraceptivos na atenção básica, considerando a diversidade de OSSs na gestão das UBSs.

A Área Técnica de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e o Instituto de Saúde realizaram um levantamento da disponibilização de métodos nas 435 unidades básicas de saúde, entre maio e dezembro de 2010. Responderam à pesquisa 97,5% dos serviços. Entre os serviços que deram retorno: 99,5%, 96,5% disponibilizam preservativos masculinos e preservativos femininos, respectivamente. Os anticoncepcionais hormonais: pílula, injetáveis e contracepção de emergência eram ofertados por 99,8%, 99,3% e 95,3%; a inserção de DIU por 64% dos serviços. Laqueaduras e vasectomias eram encaminhadas por quase todas as UBSs, porém na zona sul e leste da cidade há um percentual de serviços que não estão realizando este procedimento. Apesar de praticamente todos os serviços disponibilizarem pelo menos um tipo de método para adolescentes, há restrições ao acesso à contracepção de emergência e preservativo feminino. Nota-se que há diversidade entre os serviços, com UBSs atuando de forma divergente com as diretrizes propostas pela Secretaria Municipal. Observa-se que entre as unidades sob gestão de entidades ligadas a grupos religiosos há menor proporção de serviços que disponibilizam a contracepção de emergência, de DIU, de encaminhamento e realização de laqueaduras e vasectomias e na atenção de adolescentes, principalmente na região sul e leste da cidade. O levantamento aponta a necessidade de padronizar a orientação contraceptiva de forma que promova a equidade, reforçar treinamentos entre gestores e profissionais de saúde dos serviços. Esforços são necessários para garantir o cumprimento de normas nacionais, estaduais e municipais de Planejamento Familiar, independentemente das entidades gestoras. É fundamental garantir a equidade na promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva.

Palavras-chaves: Planejamento Familiar; contracepção; prevenção de gravidez, atenção básica;

Abstract

The article reports survey of supply of contraceptive options and surgical sterilization in 435 primary care units in São Paulo. The services survey respondents through a questionnaire online from May to December 2010. Responded to the survey 97.5% services, including provision of contraceptives in all services that offer 99.5%, male condoms, female condoms 96.5%, 99.8% oral contraceptives, injectable contraceptives 99.3% and 64% IUD, 95.3% emergency contraception. Tubal ligations and vasectomies are being addressed in almost all services, but in the area south and east of the city there is a percentage of services that are not performing this procedure. The provision of contraception for adolescents is not performed in all services, especially access to emergency contraception and female condoms. Note that services that are managed by entities associated with some religious groups have a lower frequency in the provision of emergency contraception, the IUD, referral and performing tubal ligations and vasectomies and treatment of adolescents, especially in south and east of the city. The survey indicates the need to standardize the orientation of contraceptive is to promote equity, strengthen training of managers and professionals of health services and ensure compliance with the standards of national, state and local family planning in their actions, regardless of the entities management in order to ensure impartial ethics in promoting sexual and reproductive health, to promote the prevention of unplanned pregnancies and abortions occur among Brazilian women.

Key-boards: primary care, family planning, contraception, pregnancy prevention

[1] Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é socióloga, Mestre em Antropologia da Saúde e Doutoranda em Saúde Pública pela USP e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
[2] Júlio Mayer de Castro Filho (jmcastro@prefeitura.sp.gov.br) é ginecologista e ex-Coordenador de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (gestão dezembro 2006 a abril 2012).
[3] Suzana Kalckmann (suzanak@isaude.sp.sp.gov.br) é bióloga, mestre em Epidemiologia, doutora em Ciências, área de concentração Infectologia em Saúde Pública, Pesquisadora Científica VI e Docente do Programa de Mestrado Profissional do Instituto de Saúde.

Introdução

A oferta de métodos contraceptivos reversíveis na rede pública de saúde brasileira foi proposta nacionalmente pelo PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em 1983[19], que incorporou uma série de reivindicações do movimento feminista e de mulheres no Brasil[4]. Este documento previa a oferta universal de anticoncepcionais, orientações e acompanhamento do uso, mediante as ações integradas ao atendimento integral à mulher. Tal proposta explicitava o modelo de Planejamento Familiar que deveria ser adotado no país, opondo-se à posição de países que adotavam o controle demográfico. O Planejamento Familiar proposto defendia o acesso amplo a informações e insumos contraceptivos que permitissem à mulher exercer suas próprias decisões quanto à fertilidade, ou seja, o momento e o número de filhos que desejasse ter.

Esse exercício de autorregulação da fertilidade foi incorporado como direito de cidadania na Constituição Brasileira de 1988[5], que consolidou o processo democrático no país, incluindo o acesso à saúde pública.

O poder público, através do SUS – Sistema Único de Saúde, conforme definido na Lei nº 8.080[7], deverá fornecer informações e insumos e práticas cientificamente comprovadas e aprovadas no país pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. As alternativas incluem opções contraceptivas reversíveis (orientações sobre os métodos comportamentais, pílula anticoncepcional com diferentes dosagens hormonais, injetáveis, DIU – dispositivo intrauterino, diafragma, preservativo masculino)[9] e a contracepção de emergência. A contracepção de emergência foi incorporada em 1999 em programas de atenção a vítimas de violência sexual e a partir de 2002 passou a ser disponibilizada na atenção básica de alguns municípios, sendo ampliada esta oferta nacionalmente em 2005 e 2006[9].

A partir de 1996, atendendo à Lei do Planejamento Familiar nº 9.263[8], o SUS passou a ser responsável por oferecer também as esterilizações cirúrgicas feminina e masculina, para indivíduos acima de 25 anos ou com pelo menos dois filhos.

No Município de São Paulo, além da oferta de todos esses métodos na rede de atenção básica, incluindo a contracepção de emergência (a partir de 2004), há também a disponibilização de preservativo feminino[17], a partir de 2007.

Com relação a adolescentes especificamente (indivíduos de 12 a 18 anos incompletos), o município incorporou por meio da Portaria nº 295 de 2004[24], reforçada pelo protocolo de distribuição de contraceptivos elaborado em 2007[10] e as orientações federais de oferta de informação, o acesso a esses insumos a este público[11], atendendo à igualdade de atenção à saúde prevista no ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente[6]. Esses documentos versam sobre a responsabilidade de serviços e profissionais de saúde da rede básica para que incentivem o uso de prevenção contraceptiva entre o público adolescente, com o auxílio da disseminação de informação e oferta de todas as opções contraceptivas reversíveis para os sexualmente ativos que os solicitarem, observando apenas como conduta a análise de critérios médicos para sua prescrição visando à redução de casos de gestação não planejada e abortos. Além disso, salienta o incentivo e facilitação ao acesso de métodos contraceptivos de barreira, visando à prevenção da gravidez e, em especial, às doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a aids.

Concomitantemente a esses avanços da legislação para ampliar o acesso das mulheres ao Planejamento Familiar, a partir de 1993, se inicia no país a reorganização da rede básica de

atenção à saúde, com a coexistência de vários modelos organizacionais (tradicional, escola, com agentes comunitários (PAC), programa de saúde da família (PSF) e de gestão (pela administração direta e pelo setor privado)[14].

Segundo Ibanez: "*a municipalização dos serviços de saúde cujos processos de implementação e regulamentação ocorreram através das NOBs 93 e 96, com a definição de competências para a gestão do SUS e gerência das unidades de saúde, nesta instância descentralizada, orienta a mais recente inflexão da gestão estadual do SUS*"[20].

Com isso, gradativamente, muitos serviços passaram a ser gerenciados pelas Organizações Sociais (OSs) que são instituições do setor privado sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado, conforme previsto na lei orgânica (Lei nº 8080/90).

Em 2010, o município de São Paulo contava com 435 UBSs: 143 (32,9%) sob administração direta e 292 (67,1%) sob gestão de 11 organizações da sociedade civil (OSs), seguindo a política de terceirização implementada pela Lei Complementar Estadual nº 846[23] e pela Lei Municipal 14.132[25]. As OSs gerenciando UBSs do município eram:

1. Fundação Faculdade de Medicina da USP (FFM)
2. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (SC)
3. Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)
4. Casa de Saúde Associação Santa Marcelina,
5. Associação Saúde da Família (ASF)
6. Associação Congregação de Santa Catarina (ASC)
7. Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM)
8. Instituto Adventista de Ensino do Centro Universitário Adventista de SP
9. Associação Comunitária Monte Azul (ACOMA)
10. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
11. Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (SECONCI-SP)

Na figura 1 pode-se ver a distribuição geográfica das OSs no município, conforme as cinco Coordenadorias Regionais de Saúde[26]: Norte, Sudeste. Leste, Centro-Oeste e Sul.

Considerando que, além do grande porte populacional, no município de São Paulo há grande heterogeneidade organizacional e de gestão de Unidades Básicas de Saúde (UBS), surge a questão que motivou a realização deste trabalho: verificar se os serviços de atenção básica estão disponibilizando os insumos para o Planejamento Familiar, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, com equidade.

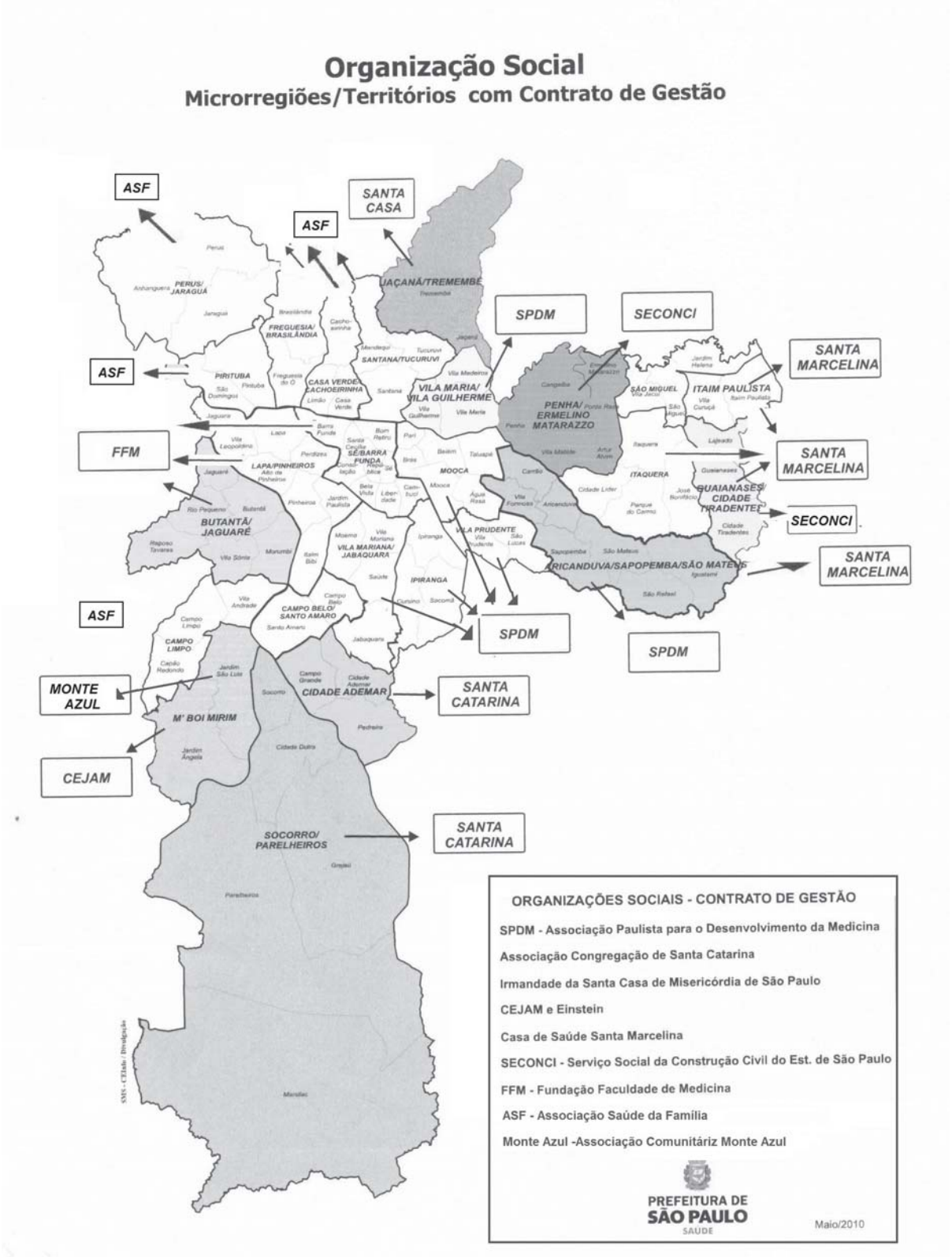
Objetivo

Avaliar a implementação da política de Planejamento Familiar (oferta de contraceptivos) na atenção básica do município de São Paulo.

Metodologia

A Área Técnica de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS –SP) e o Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo realizaram um levantamento sobre a disponibilização de métodos contraceptivos nas Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo, no período de maio a dezembro de 2010. Foram incluídas todas as unidades básicas de saúde em funcionamento no município, inclusive as que adotam a Estratégia de Saúde da Família.

Figura 1. Mapa do município de São Paulo com detalhamento das microrregiões e das OSs que gerenciam serviços de saúde, 2010.



O levantamento foi realizado mediante o envio de questionário por e-mail para as 435 UBSs do município, para ser preenchido por profissionais-chaves de cada UBSs, na carta-convite designados como "responsáveis pelo Planejamento Familiar". O questionário semiestruturado investigou a oferta de métodos contraceptivos reversíveis e irreversíveis, o tipo de público beneficiado e os fluxos de encaminhamento realizados para esterilizações cirúrgicas e colocações de DIU. Foram excluídas questões sobre o diafragma, devido à baixa promoção do método nesses serviços.

Esta avaliação foi realizada após várias intervenções em Planejamento Familiar realizadas no período de 2007-2009 pela Área Técnica de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em parceria com o Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo na rede básica do município de São Paulo: mais de 35 treinamentos que atingiram cerca de 1.500 funcionários, 30 visitas de supervisão, distribuição de materiais de atualização técnica e de difusão de métodos à população. Nessas intervenções, a atenção aos adolescentes e a implementação do preservativo feminino foram priorizadas.

Resultados

O questionário foi respondido por 424 (97,5%) UBSs. Apenas na Coordenadoria Norte todos os serviços responderam; na Coordenadoria Centro-Oeste houve 2,9% de não resposta; na Leste, 2,7%; na Sudeste, 2,2% e na Sul, 2,6%, o detalhamento da oferta de contraceptivos por supervisão de saúde pode ser observado na tabela 1.

Todas as UBSs referiram fazer dispensação de métodos contraceptivos, sendo a pílula anticoncepcional o contraceptivo mais disponibilizado, por 99,8% delas, seguido pelo preservativo masculino (99,5%), pela injeção contraceptiva (99,3%) e pelo preservativo feminino (96,4%). Somente 63,2% estavam realizando a colocação de DIUs; outras 31,4% realizam encaminhamentos desta colocação para outros serviços e 4,7% que não colocavam e nem orientavam tal procedimento (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição percentual de UBSs do município de São Paulo por oferta de contraceptivos, segundo Supervisão de Saúde, 2010.

Supervisão (número de UBS)	Preserv masc	Preserv fem	Pílula horm	Injetável horm	DIU	
					Coloca	Encaminha
Butantã (13)	100,0	100,0	100,0	100,0	92,3	0,0
Lapa/Pinheiros (13)	100,0	100,0	100,0	100,0	92,3	7,7
Sé (7)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0
Cidade Tiradentes (12)	100,0	100,0	100,0	100,0	16,7	66,7
Erm.Matarazzo/S. Miguel (26)	100,0	92,3	100,0	100,0	69,2	30,8
Guaianases (13)	100,0	92,3	92,3	100	84,6	0,0
Itaim Paulista (15)	100,0	100,0	100,0	100,0	60,0	26,7
Itaquera (22)	100,0	100,0	100,0	95,5	81,8	13,6
São Mateus (21)	100,0	90,5	100,0	100,0	71,4	19,0
C.Verde/Cachoeirinha (12)	100,0	100,0	100,0	91,7	50,0	41,7
Freguesia do Ó/Brasilândia (15)	100,0	93,3	100,0	100,0	46,7	33,3

continuação da tabela 1

Supervisão (número de UBS)	Preserv masc	Preserv fem	Pílula horm	Injetável horm	DIU	
					Coloca	Encaminha
Pirituba/Perus (25)	100,0	92,0	100,0	100,0	64,0	36,0
Sant/Tucur./Jaç/Trem (19)	100,0	89,5	100,0	100,0	84,2	10,5
Vila Maria/ V.Guilherme (12)	100,0	91,7	100,0	100,0	100,0	0,0
Ipiranga (17)	94,1	100,0	100,0	100,0	82,4	17,6
Mooc/Aric./Form/Car (17)	100,0	94,1	100,0	100,0	94,1	5,9
Penha (19)	100,0	100,0	100,0	94,7	68,4	26,3
V. Mariana/Jabaquara (12)	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7	25,0
V.Prudente/Sapopemba (22)	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	40,9
Campo Limpo (27)	100,0	96,3	100,0	100,0	59,3	37,0
Capela do Socorro (15)	100,0	100,0	100,0	100,0	46,7	53,3
M'Boi Mirim (30)	100,0	96,7	100,0	100,0	30,0	66,7
Parelheiros (18)	94,4	100,0	100,0	100,0	16,7	72,2
S^{to} Amaro/Cid. Ad (22)	100,0	95,5	100,0	100,0	45,5	54,5
Total (424)	99,5	96,5	99,8	99,3	63,2	31,4

O preservativo feminino, integrado à grade de dispensação das UBSs no final de 2007, estava sendo ofertado por 96,5% dos serviços. As unidades que não o disponibilizavam são predominantemente de modelo tradicional de atenção (3,9%), não foi observado diferença por Organização Social gestora.

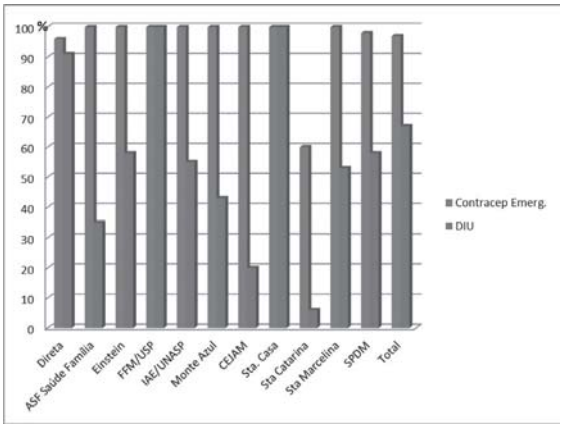
Com relação aos métodos hormonais, praticamente todas as UBSs (99,9%) afirmaram estar disponibilizando pílulas anticoncepcionais. Os contraceptivos injetáveis vêm sendo fornecidos 99,8%da UBSs de forma similar por entidade gestora.

A contracepção de emergência estava sendo disponibilizada em 404 (95,3%) dos serviços. No total, 20 serviços (4,7%) não incluíram o método em suas rotinas, tanto as que adotavam o modelo tradicional quanto as com ESF. Na região Sul há maior concentração dos serviços que não forneciam este método, especialmente às UBSs geridas pela Associação Santa Catarina (Figura 2).

No total, 268 (63,2%) UBSs referiram fazer a inserção do DIU. O número de serviços que realizavam a colocação de DIU era proporcionalmente menor na Coordenadoria Sul (principalmente nas supervisões de Parelheiros e M'Boi Mirim), onde apenas 40,2% realizavam tal procedimento.

Observa-se que a oferta de DIU era menor (17,6%) em unidades administradas pela Associação Santa Catarina (Coordenadoria Sul), tanto em modelo tradicional quanto ESF. Nas unidades administradas pelo CEJAM e pela ASF, 18,8% e 31,0% ofertavam este serviço, todas ESF (Figura 2).

Figura 2. Distribuição de UBS do município de São Paulo que referem dispensar contracepção de emergência e DIU segundo administração (%).



Os locais de referência para colocação de DIU são, normalmente, outras UBSs da própria região com modelo tradicional de atenção, conforme referiram 82 (70,7%) das unidades com ESF que faziam encaminhamento. Além de UBSs, na Coordenadoria Leste, a "Casa Ser" é referência para colocação de DIU para mais de 26,9% das demandas da Supervisão da Cidade Tiradentes. Na Coordenadoria Norte, o Hospital São Luís Gonzaga se mostrou referência para 33,3% da demanda desta região. Na Coordenadoria Sudeste, a colocação de DIU estava ocorrendo no Ambulatório de Especialidade da região (19%). Na Coordenadoria Sul, 23,8% da demanda por DIU estava sendo encaminhada para vários outros serviços (ambulatório de especialidades da região, o Hospital e Maternidade Interlagos, o Hospital do Campo Limpo, a Casa do Adolescente, etc), sem local específico de concentração.

Para a realização de laqueaduras tubárias, 98,3% das unidades realizavam encaminhamento. Todas as unidades básicas de saúde que informaram não realizar encaminhamento para laqueaduras pertenciam à administração direta.

Na região Centro-Oeste, todas as 33 UBSs estavam encaminhando a demanda por laqueaduras para o Hospital e Maternidade Prof. Mario Degni, no Jardim Sarah, sob gestão direta do município. Na Coordenadoria Sudeste há também descentralização para laqueaduras, eviadas para o Hospital da Vila Alpina (por 17,4% das UBS), para o Hospital Dr. Inácio Gouveia (por 16,3%) e o Hospital Dom Antonio Alvarenga (por 15,1%). Na Leste, havia encaminhamento para os diversos hospitais da região, principalmente os hospitais de Guaianases e de São Miguel (que atendem juntos 46,8% demanda desta região), mas existia encaminhamento também para o Hospital do Mandaqui, Hospital Cachoeirinha (ambos na zona norte) e para a Santa Casa de Sto Amaro (zona sul). Observa-se que 2 dos hospitais municipais da zona leste administrados pela Associação Santa Marcelina (Hospital de Cidade Tiradentes e Hospital do Itaim Paulista) não são referência para laqueaduras. A Coordenadoria Norte faz encaminhamentos para hospitais da zona leste (Hospital Tide Setubal), não realizavam encaminhamentos ao Hospital José Storopolli, sob administração da SPDM; na Coordenadoria Sul, a Santa Casa de Santo Amaro é referência para 49,1% das UBSs, o Hospital do Campo Limpo por 12,0%, mas há também encaminhamento para outras regiões, como o Hospital Ipiranga (Coord. Sudeste) e até para o Hospital Cachoeirinha (Coord. Norte). Observa-se que laqueaduras não são encaminhadas para o Hospital de Pedreira, gerido pela Associação Santa Catarina.

Com relação a vasectomias, 98,6% dos serviços afirmaram que realizavam atendimento de demanda e encaminhamento para este procedimento. Apenas 4 serviços (2,2%) afirmaram não fazer encaminhamento, UBSs de modelo tradicional (as mesmas que não encaminham para laqueaduras), sob gestão direta e pela Associação Santa Marcelina.

Os locais referidos para encaminhamento de vasectomias foram: na Coordenadoria Centro-Oeste: 97% para o Hospital Prof. Mario Degni; na Norte, 25,5% para o Hospital e Maternidade Cachoeirinha, os outros para o Hospital de Pirituba e o Hospital Mandaqui; na Coordenadoria Sudeste havia descentralização de encaminhamento para os hospitais Dom Antonio Alvarenga, Benedito Montenegro e Ipiranga; na Coordenadoria Leste havia encaminhamento para os diversos hospitais da região, principalmente os hospitais de São Miguel, São Mateus e Guaianases, além de 15,2% que encaminhavam para o Ambulatório de Especialidades da região. Observou-se que os hospitais do Itaim Paulista e de Cidade Tiradentes, administrados pela Associação Santa Marcelina não são

referência para vasectomias; na Coordenadoria Sul, a Santa Casa de Santo Amaro era referência para 29,6% dos serviços, o Hospital Interlagos e o Hospital do M'Boi Mirim e o Hospital de Pedreira, sob administração da Associação Santa Catarina, não recebem encaminhamento para vasectomias.

Oferta de contraceptivos para adolescentes no Município de São Paulo

Das 424 UBSs que responderam ao levantamento, apenas 1 (0,2%), localizada na Supervisão de Itaquera (zona leste), refere não disponibilizar contraceptivos a adolescentes. As demais disponibilizavam pelo menos a pílula anticoncepcional e/ou a camisinha masculina

A distribuição de preservativos masculinos para adolescentes não estava ocorrendo em 9 (2,1%) UBSs, tanto sob administração direta quanto sob gestão de OSs (ver tabela 3).

Observa-se que das UBSs que não realizavam a oferta de preservativo masculino para adolescentes, 8 (88,9%) forneciam pílulas anticoncepcionais para este público.

Já a oferta do preservativo feminino para adolescentes se mostrou mais restrita, restrição observada em todas as coordenadorias e, proporcionalmente, mais em UBSs de modelo tradicional (10,7%) do que aquelas de ESF (4,9%). Nota-se que serviços administrados pelo SECONCI concentravam esse problema em 15,4% de suas unidades e também 11,1% dos geridos pela FFM.

A restrição de oferta de pílulas anticoncepcionais para adolescentes estava presente em 12 (2,8%) serviços, principalmente em UBSs que adotavam o modelo tradicional de atenção, contra 3 (2,3%) que atuavam como ESF.

A oferta de injeções contraceptivas estava sendo realizada por 359 (84,7%) serviços. O procedimento não era realizado tanto em UBSs tradicionais (18,5%) quanto em ESF (13,0%). Essa não-oferta estava ocorrendo em todas as regiões, com maior presença (19%) nas UBSs das regiões Norte e Sudeste (Tabela 2). Desses serviços que não ofertam injetáveis para adolescentes a maioria deles (20,4%) estava sob administração direta, mas também havia esse comportamento nos geridos pelo SECONCI e SPDM (ver tabela 3).

Tabela 2. Distribuição de UBS do município de São Paulo, segundo oferta de contraceptivos para adolescentes por Coordenadoria de Saúde e Supervisão de Saúde, 2010.

		Preserv. masc. (%)		Preserv. Fem. (%)		Pílula (%)		Injeção (%)		DIU (%)		Contr. emerg. (%)	
		Sim	não	Sim	não	sim	não	Sim	não	sim	não	Sim	não
Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste	**Supervisão**												
	Butantã	100	0	92,3	7,7	92,3	7,7	92,3	7,7	46,2	54,8	92,3	7,7
	Lapa/Pinheiros	100	0	92,3	7,7	92,3	7,7	76,9	3,1	15,4	84,6	76,9	23,1
	Sé	100	0	100	0	85,7	14,3	85,7	14,3	28,6	71,4	100	0
Leste													
	Cidade Tiradentes	100	0	100	0	100	0	100	0	50	50	100	0
	Erm.Mat./S. Miguel	100	0	92,3	7,7	100	0	88,5	11,5	26,9	73,1	96,2	3,8
	Guaianases	100	0	92,3	7,7	92,3	7,7	84,6	15,4	30,8	69,2	100	0
	Itaim Paulista	93,3	6,7	93,3	7,7	100	0	86,7	13,3	40	60	93,3	6,7

		Preserv. masc. (%)		Preserv. Fem. (%)		Pílula (%)		Injeção (%)		DIU (%)		Contr. emerg. (%)	
	Itaquera	95,5	4,5	90,9	9,1	95,5	4,5	86,4	13,6	40,9	59,1	95,5	4,5
	São Mateus	100	0	85,7	14,3	95,2	4,8	81,0	19,0	28,6	71,4	81,0	19,0
Norte													
	C.Verde/ Cachoeirinha	100	0	100	0	100	0	91,7	8,3	41,7	58,3	83,3	16,7
	Freguesia do Ó/ Brasilândia	100	0	80	20	93,3	7,7	73,3	26,7	26,7	73,3	93,3	6,7
	Pirituba/Perus	100	0	96,0	14,0	96,0	4,0	88,0	12,0	56,0	44,0	92,0	8,0
	Sant/Tuc./Jaçanã/ Tremembé	94,7	5,3	100	0	100	0	84,2	15,8	42,1	57,9	89,5	10,5
	Vila Maria/ V.Guilherme	91,7	8,3	83,3	6,7	91,7	8,3	58,3	41,7	33,3	66,7	75,0	25,0
Sudeste													
	Ipiranga	94,1	5,9	94,1	5,9	100	0	88,2	11,8	47,1	52,9	88,2	11,8
	Mooca/Aricanduva/ Form/Car	100	0	88,2	11,8	100	0	88,2	11,8	52,9	47,1	82,4	17,6
	Penha	100	0	89,5	10,5	89,5	10,5	73,7	26,3	42,1	57,9	89,5	10,5
	V. Mariana/Jabaquara	100	0	66,7	33,3	91,7	8,3	83,3	16,7	33,3	66,7	75,0	25,0
	V.Prudente/ Sapopemba	90,9	9,1	95,5	4,5	100	0	72,7	27,3	31,8	68,2	90,9	9,1
Sul													
	Campo Limpo	100	0	96,3	3,7	100	0	88,9	11,1	25,9	74,1	85,2	14,8
	Capela do Socorro	100	0	100	0	100	0	80	20	40	60	86,7	13,3
	M'Boi Mirim	100	0	100	0	100	0	93,3	6,7	36,7	73,3	100	0
	Parelheiros	88,9	10,1	88,9	11,1	100	0	83,3	6,7	16,7	83,3	88,9	11,1
	Sto Amaro/Cid. Ademar	100	0	95,5	4,5	100	0	90,9	9,4	31,8	62,2	63,6	36,4
Total		**97,9**	**2,1**	**92,7**	**7,3**	**97,2**	**2,8**	**84,7**	**15,3**	**36,1**	**63,9**	**88,4**	**11,6**

Tabela 3. Distribuição de UBS do município de São Paulo, segundo oferta de contraceptivos para adolescentes por tipo de administração, 2010.

	pres. masc. (%)		pres. fem. (%)		pílula (%)		injeção (%)		contr. emerg. (%)	
	Sim	não	sim	não	sim	não	Sim	não	sim	não
Direta	97,3	6,7	89,1	10,9	95,3	4,7	79,6	20,4	80,6	19,4
ASF	95,1	4,9	92,9	7,1	97,6	2,4	85,7	14,3	95,2	4,8
Einstein	100	0	100	0	100	0	100	0	91,7	8,3
FFM/USP	100	0	88,9	11,1	100	0	88,9	11,1	94,4	5,6
IAE/UNASP	100	0	100	0	100	0	75,0	25	93,3	6,7
Monte Azul	100	0	100	0	100	0	92,9	7,1	100	0
CEJAM	100	0	100	0	100	0	93,8	6,2	100	0
Sta. Casa	88,9	11,1	100	0	100	0	88,9	11,1	77,8	22,2
Sta. Catarina	100	0	100	0	100	0	100	0	70,6	29,4
Sta. Marcelina	98,2	1,8	96,4	3,6	100	0	89,3	10,7	98,2	1,8
SPDM	98,2	1,8	92,7	7,3	98,2	1,8	81,8	18,2	90,9	9,1
SECONCI	100	0	84,6	15,4	92,3	7,7	80,8	19,2	92,3	7,7
Total	**97,9**	**2,1**	**92,7**	**7,3**	**97,2**	**2,8**	**84,7**	**15,3**	**88,4**	**11,6**

De todos os serviços em que não havia oferta de injetáveis para adolescentes, a maioria fornecia a este público pílulas anticoncepcionais (81,5%) ou camisinha masculina (95,4%).

A oferta da contracepção de emergência para adolescentes não estava sendo realizada em 49 UBSs (11,6%) e ocorria em todas as regiões do município, o detalhamento da proporção por Coordenadoria e Supervisão de Saúde pode ser observado na tabela 2.

Entre as UBSs sob gerência da Associação Santa Catarina e da Santa Casa, havia maior restrição de contracepção de emergência para adolescentes, 29,4% e 22,2%, respectivamente (Tabela 3).

A colocação de DIUs em adolescentes foi afirmada em menos de 35% das UBSs.

Discussão

O levantamento mostra que, em geral, as UBSs do município de São Paulo disponibilizam alternativas contraceptivas diversificadas à população. No entanto, há serviços que precisam incluir a oferta de DIUs e esterilizações cirúrgicas em suas rotinas garantindo o princípio da equidade[22] previsto no SUS. É fundamental garantir o acesso à diversidade de métodos em todas as regiões da cidade, para que as mulheres, inclusive adolescentes, possam optar e encontrar aquele que melhor se adapte à sua vida.

A presença do preservativo masculino – amplamente fornecido na rede municipal de saúde de São Paulo – evidencia o sucesso da política de prevenção de DST/aids via Atenção Básica que estimula a oferta ao método[10]. Da mesma forma, a iniciativa de oferta do preservativo feminino no município como estratégia de ampliar a promoção da prevenção de DST/aids entre mulheres[8], se mostra implementada, indicando a possibilidade de incorporação deste insumo para dupla proteção: evitar a gestação e prevenir às DST/Aids.

Considera-se importante a inclusão de adolescentes neste acesso, uma vez que se constituem como a nova geração que criará mudanças comportamentais e há estudos que demonstram significativa adesão ao método[28].

Não se pode deixar de considerar que os métodos (insumos) são distribuídos pela Área Técnica de Saúde da Mulher da prefeitura, que em parceria com o Instituto de Saúde, encaminhou o questionário para avaliar a disponibilidade deles nos serviços, o que deve ter estimulado respostas positivas. Apesar dessa limitação, discrepâncias entre as diretrizes municipais para a atividade e as condutas e fluxos adotados pelas UBS foram observadas.

A inserção de DIU tem sua oferta mais restrita devido à implementação das ESF. Provavelmente porque os médicos generalistas integrados nesse modelo não realizam tal procedimento, associado especificamente à Ginecologia. A falta de serviços que realizam a inserção do DIU está concentrada em regiões urbanas menos favorecidas, como a zona leste e extremo sul da cidade, se compararmos com regiões mais ricas como a Centro-Oeste, onde quase todos os serviços realizam este procedimento.

A contracepção de emergência está disponível na maioria dos serviços para as mulheres, incluindo adolescentes, embora para as jovens se observe maior restrição, conforme já descreveram Figueiredo, Bastos e Lenz em estudo sobre sua dispensação no estado de São Paulo[16].

Observou-se que serviços sob gestão de algumas OSs conveniadas têm postura restritiva ao fornecimento de contraceptivo de emergência, como se observa nas UBSs da zona sul administradas pela Associação Santa Catarina, principalmente para adolescentes. Tal

procedimento explicita o não cumprimento do protocolo municipal sobre o método editado em 2007 e uma clara "discriminação" de atenção aos riscos de gravidez enfrentados pelo público adolescente[2,15,27]. Isso também foi encontrado com relação ao DIU, na mesma região, em unidades sob gestão da Associação Santa Catarina e CEJAM. Observou-se também atendimento restritivo aos adolescentes na zona norte, em serviços sob gestão da Santa Casa.

Essas constatações sugerem a hipótese sobre possíveis interferências ideológicas/de percepção dos gestores quanto à prática contraceptiva em oposição às necessidades das populações atendidas.

Será que adolescentes sexualmente ativos[21] podem não estar tendo acesso a métodos devido a intromissão de valores pessoais/culturais/religiosos nesses serviços, contrariando normas nacionais e estudos que apontam a maior vulnerabilidade deste grupo[9,2,19,27] e frente aos registros oficiais que mostram que representam 25% das internações por parto e curetagem em hospitais ligados ao SUS? Ou há uma percepção errada (ainda) de que a contracepção de emergência seja abortivo, apesar do mecanismo de ação já estar esclarecido nacional e internacionalmente, com essa possibilidade descartada? O Ministério de Saúde lançou manual com orientações precisas[12], mostrando com resultados de estudos a forma de ação da contracepção de emergência, evidenciando também a falta de atualização dos profissionais de saúde sobre o método e a interferência de opções religiosas em sua prescrição[1,3]. O mesmo se nota em relação ao DIU: será que gestores religiosos estão dificultando o acesso ao método por creditá-lo erroneamente como abortivo?

Quanto ao encaminhamento para esterilizações cirúrgicas nota-se que não há equidade na distribuição dos serviços de referência. Nas regiões mais distantes do Centro e de baixa renda, como zona leste, Parelheiros e Santo Amaro, o número destes serviços é menor. Chama atenção especial que os hospitais sob gestão da Associação Santa Marcelina e da Associação Santa Catarina não realizem os procedimentos, nenhuma UBS faz encaminhamentos para eles. Estes serviços de grande porte não seguem os fluxos de regionalização do município, evidenciando o não cumprimento das normas e portarias municipais que organizam a atenção à saúde da mulher na Atenção Básica e em Hospitais do SUS.

Embora haja problemas com a gestão das OSs nos serviços quanto ao Planejamento Familiar, também algumas UBS que estão sob administração direta da prefeitura apresentam problemas de encaminhamentos. Os fluxos de referenciamento para colocação de DIU e para esterilizações cirúrgicas femininas e masculinas não estão definidos em vários serviços, indicando necessidade de melhor comunicação entre as coordenações e suas respectivas supervisões para resolução deste problema.

Da mesma forma, muitas UBSs sob administração direta apresentam problemas na oferta de contraceptivos a adolescentes, principalmente as que são de modelo tradicional. Há nitidamente a necessidade de atualizações técnicas, incluindo também temas como direitos dos adolescentes, com legislação correspondente.

É necessário diversificar a oferta de métodos na atividade de planejamento familiar, incluindo expansão do fornecimento de DIUs e de diafragmas, uma vez que muitas mulheres apresentam problemas com métodos hormonais.

A oferta de contraceptivos para adolescentes precisa ser padronizada e realizada amplamente em todos os serviços e regiões, uma vez que este grupo se mostra de alta vulnerabilidade para gestações não planejadas e para às DST/aids.

É necessário garantir a diversidade de contraceptivos reversíveis e cirúrgicos à população em todas as regiões da cidade, para que não haja iniquidade da atenção, evitando a sobrecarga para poucos serviços e regiões, acarretando grande tempo de espera e deslocamentos populacionais desnecessários.

Há necessidade de novos cursos/capacitações para os coordenadores e profissionais de serviços que não vêm seguindo normas de saúde que orientam e priorizam o direito de acesso da população a este método. Vale reforçar que a contracepção de emergência deve ser entendida como estratégia preventiva de gestação não planejada e não desejada e de possíveis abortos entre adolescentes.

Apesar de se ter observado a disponibilidade dos insumos na rede básica, é fundamental qualificar como a atenção ao Planejamento Familiar está sendo realizada. Sabe-se que dispor do método no serviço não significa diretamente que o acesso a eles seja universal, simples e rápido. É importante analisar os fluxos e critérios estabelecidos pelos serviços, que muitas vezes obstaculizam e/ou impedem seu uso.

Estudos específicos devem ser desenvolvidos para melhor desvendar como as diferentes formas de contratação de profissionais, organização do trabalho nas UBS, modelo organizacional, fluxos estabelecidos, profissionais envolvidos e ideologia das OSs gestoras interferem na atividade de planejamento familiar. Nesse sentido, seria interessante ouvir as mulheres, inclusive as adolescentes.

Nos casos de cogerência dos serviços públicos de saúde com entidades privadas, é fundamental que cláusulas contratuais prevejam que as contratadas cumpram legislações, portarias e normas técnicas do SUS, principalmente quanto a procedimentos que possam ser discordantes por questões ideológicas, culturais ou religiosas, como inserção do DIU, uso de contracepção de emergência, realização de laqueaduras e vasectomias e a atenção aos adolescentes. Dessa forma, seriam garantidos os procedimentos éticos definidos para a promoção do Planejamento Familiar e, portanto, da Saúde Sexual e Reprodutiva à população brasileira que se utiliza dos serviços de saúde pública.

Referências bibliográficas

1. Alves SV, Ludemir AB, Ribeiro C. Diagnóstico da contracepção de emergência na Rede Municipal de Saúde do Recife. Recife: Grupo Curumim; 2004.

2. Andalafti J. Comportamento sexual na adolescência: o papel da anticoncepção de emergência . Rev SOGIA, 2003; 6(4): 6-9.

3. Arilha M, Lapa TS, Pisaneschi TC, editores. Contracepção de emergência no Brasil e América Latina: dinâmicas políticas e direitos sexuais e reprodutivos. São Paulo: Oficina Editorial; 2010.

4. Ministério da Saúde. PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília (DF); 1984.

5. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

6. Brasil. Lei nº 8.069 . Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Brasília, DF: 1990.

7. Brasil. Lei Orgânica nº 8.080 . Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [lei na internet]. Brasilia , DF; 1990. [acesso em 1 jun 2012]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

8. Brasil. Lei n.º 9263 Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências [lei na internet]. Brasília, DF;1996. [acesso em 24 out 2014]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm

9. Ministério da Saúde. Norma Técnica de Planejamento Familiar. Brasília (DF); 1996.

10. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Política Nacional de DST/Aids: princípios, diretrizes e estratégias. Brasília (DF); 1999.

11. Mistério da Saúde. Marco teórico e referencial: saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília (DF); 2006. 56p. (Série B: textos básicos da saúde)
12. Ministério da Saúde. Contracepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2.ed. atual. Brasília (DF); 2011.
13. Copque HLF, Bomgim LA. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. Epidemiol. Serv. Saúde [periódico na internet]. 2005 [acesso em 1 jun 2012];14(4): 223-233. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742005000400003
14. Feuerwerker LM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde:nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface -Comunic, Saúde, Educ. 2005;9(18):489-506.
15. Figueiredo R, Andalafti Neto. Uso de Contracepção de emergência e camisinha entre adolescentes e jovens. Rev. SOGIA-BR. 2005;2(6): 3-6.
16. Figueiredo R, Bastos SH, Telles, JL. Perfil da distribuição da contracepção de emergência para adolescentes nos municípios do estado de São Paulo. J Human Growth Develop. 2012; 22(1): 1-15.
17. Figueiredo R, Castro JM, Bastos S. Introdução da oferta do preservativo feminino em serviços de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. BIS: Bol. Inst. Saúde, 2008;46:22-25.
18. Figueiredo R. Contracepção de emergência no Brasil: necessidade, acesso e política nacional. Rev Saúde Sexual Reprod [periódico na internet]. 2004. [acesso em 24 out 2014]. Disponível em: http://200.144.182.130/nepaidsabia/index.php/pt-BR/documentosdetalhe?idtipo=1&idbiblioteca=4421
19. Fonseca RMGS. Mulher, direito e saúde: repensando o nexo coesivo. Saúde Soc. 1999; 8(2):3-32.
20. Ibañez N, Bittar OJNV, Sá ENC, Keiji YE, Almeida MF, Castro CGJ. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. Ciênc. Saúde Col [periódico na internet]. 2001 [acesso em 24 out 2014];6(2):391-404.
21. Ministério da Saúde. PNDS 2006 - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília (DF); 2008.
22. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS:Bol. Inst. Saúde. 2010; 12(2): 109-114.
23. São Paulo (Estado). Lei Complementar nº 846. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais [lei na internet]. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 5 jun 1998, p. 1. [acesso em 24 out 2014]. Disponível em:http://www.al.sp.gov.br/legislacao/norma.do?id=6680
24. São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Portaria SMS.G Nº 295 [portaria na internet]. São Paulo;2004. [acesso em 24 out 2014]. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6311
25. São Paulo (Município). Lei nº 14.132. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais. São Paulo [lei na internet]. São Paulo; 2006. [acesso em 24 out 2014]. Disponível em http://http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6196
26. Secretaria Municipal de Saúde [homepage na internet]. Coordenadorias de saúde. São Paulo; 2014. [acesso em 24 out 2014]. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=6541
27. Souza VLC, Correa MSM, Souza SL, Beserra, MA. O aborto entre adolescente. Rev Latino-Am Enferm, 2001; 9(2): 42-7.
28. Takiuti AD, Melo AV, Fernandes LS, Monteleone MLA, Moreira VLGP, Tambelli PP et al. O Uso do condom feminino: avaliação entre adolescentes paulistas. In: Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais [evento na internet]; 1998: Caxambu BR. Belo Horizonte: ABEP; 1998: [acesso em 24 out 2014]. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/O%20Uso%20do%20Condom%20Feminino.pdf

Informações básicas e instruções aos autores

O Boletim do Instituto de Saúde (BIS) é uma publicação semestral do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Com tiragem de dois mil exemplares, a cada número o BIS apresenta um núcleo temático, definido previamente, além de outros artigos técnico-científicos, escritos por pesquisadores dos diferentes Núcleos de Pesquisa do Instituto, além de autores de outras instituições de Ensino e Pesquisa. A publicação é direcionada a um público leitor formado, primordialmente, por profissionais da área da saúde do SUS, como técnicos, enfermeiros, pesquisadores, médicos e gestores da área da Saúde.

Fontes de indexação: o BIS está indexado como publicação da área de Saúde Pública no Latindex. Na Capes, o BIS está nas áreas de Medicina II e Educação.

Copyright: é permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições. Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.

Patrocinadores: o BIS é uma publicação do Instituto de Saúde, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Resumo: os resumos os artigos submetidos para publicação deverão ser enviados para o e-mail boletim@isaude.sp.gov.br, antes da submissão dos artigos. Deverão ter até 200 palavras (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), em português, com 3 palavras-chave. Caso o artigo seja aprovado, um resumo em inglês deverá ser providenciado pelo autor, nas mesmas condições do resumo em português (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples, acompanhado de título e palavras-chave).

Submissão: os artigos submetidos para publicação devem ser enviados, em português, para o e-mail boletim@isaude.sp.gov.br e ter entre 15.000 e 25.000 caracteres com espaço no total (entre 6 e 7 páginas em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), incluídas as referências bibliográficas, salvo orientações específicas dos editores. O arquivo deve ser enviado em formato Word 97/2003, ou equivalente, a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. Figuras e gráficos devem ser enviados à parte.

Título: deve ser escrito em Times New Roman, corpo 12, em negrito e caixa Ab, ou seja, com letras maiúsculas e minúsculas.

Autor: o crédito de autoria deve estar à direita, em TimesNew Roman, corpo 10 (sem negrito e sem itálico) com nota de rodapé numerada informando sua formação, títulos acadêmicos, cargo e instituição a qual pertence. Também deve ser disponibilizado o endereço eletrônico para contato (e-mail).

Subtítulos do Texto: nos subtítulos não se deve usar números, mas apenas letras, em negrito e caixa Ab, ou seja, com maiúsculas e minúsculas.

Corpo do Texto: o corpo do artigo deve ser enviado em Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Transcrições de trechos dentro do texto: devem ser feitas em Times New Roman, corpo 10, itálico, constando o sobrenome do autor, ano e página. Todas essas informações devem ser colocadas entre parênteses.

Citação de autores no texto: deve ser indicado em expoente o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares.

Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (relatórios e outros): devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas somente nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Referências bibliográficas: preferencialmente, apenas a bibliografia citada no corpo do texto deve ser inserida na lista de referências. Elas devem ser ordenadas alfabeticamente e numeradas, no final do texto. A normalização seguirá o estilo Vancouver.

Espaçamento das referências: deve ser igual ao do texto, ou seja, Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Termo de autorização para publicação: o autor deve autorizar, por escrito e por via eletrônica, a publicação dos textos enviados, de acordo com os padrões aqui estabelecidos. Após o aceite para publicação, o autor receberá um formulário específico, que deverá ser preenchido, assinado e devolvido aos editores da publicação.

Obs.: no caso de trabalhos que requeiram o cumprimento da resolução CNS 196/1996 será necessária a apresentação de parecer de comitê de ética e pesquisa.

Avaliação: os trabalhos são avaliados pelos editores científicos e por editores convidados, a cada edição, de acordo com sua área de atuação.

Acesso: a publicação faz parte do Portal de Revistas da SESSP, em parceria com a BIREME, com utilização da metodologia Scielo para publicações eletrônicas, podendo ser acessada nos seguintes endereços:

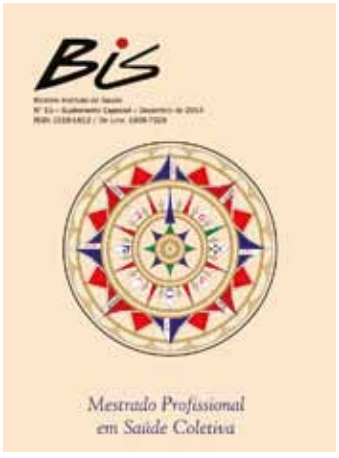
Portal de Revistas da SES-SP – http://periodicos.ses.sp.bvs.br
Instituto de Saúde – www.isaude.sp.gov.br

editoração, ctp, impressão e acabamento

imprensaoficial

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

BIS - números já editados

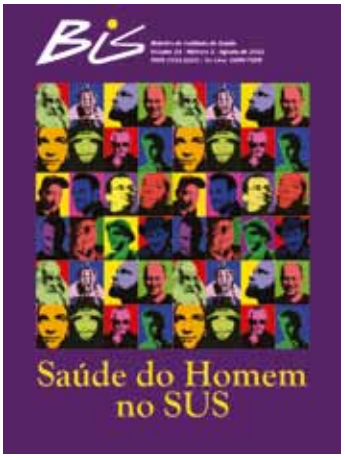


(v. 15 - suplemento) / 2014
Mestrado Profissional
em Saúde Coletiva

(v. 15 - nº 01) / 2014
Enfrentamento da violência
pela Saúde II

(v. 14 - nº 03) / 2013
Enfrentamento da violência
pela Saúde

(v. 14 - nº 02) / 2013
Avaliação de Tecnologias
de Saúde



(v. 14 - nº 01) / 2012
Saúde do Homem no SUS

(v. 13 - nº 03) / 2012
A incorporação dos resultados
pesquisas científicas no SUS

Edições disponíveis no site www.isaude.sp.gov.br

SECRETARIA
DA SAÚDE